

診療情報提供書(検査依頼)

平成 年 月 日

最成病院 地域医療連携センター 宛
〒262-8506
千葉県花見川区柏井町 800-1
電話 043-258-1211(代表)
FAX043-258-1291

紹介元医療機関
住所
名称
電話番号
医師氏名

®

フリガナ		住所	TEL ()
患者氏名			
生年月日		種別	<input type="checkbox"/> 交通事故 ・ <input type="checkbox"/> 労災
主訴及び傷病名	薬物アレルギー等		

- ・検査名・部位等にチェックをお願いします。※検査によっては施行できる時間が限られております。
- ・検査結果は内容により日数を要する場合がございます。ご不明な点は地域医療連携センターまでご連絡をお願いします。

【放射線】

<input type="checkbox"/> MRI (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> CT (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他() ※造影検査は火・木・土の午前
<input type="checkbox"/> MDL	※午前…月～土
<input type="checkbox"/> マンモグラフィー	※午後…火・金・土
<input type="checkbox"/> 全身骨密度	※午後…月～土

【生理検査】

<input type="checkbox"/> ABI ※午前…月～土 午後…月～金	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー ※午前…火 午後…月～金
<input type="checkbox"/> 腹部エコー ※午前…月～土	<input type="checkbox"/> 心エコー ※午前…月～土 午後…月～金
<input type="checkbox"/> 甲状腺エコー ※午前…木・土	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 ※月～金(祝前日除く)
<input type="checkbox"/> 乳腺エコー ※午前…月・火・水・金・土 午後…月・火・金・土	

【内視鏡検査】

<input type="checkbox"/> 上部内視鏡 ※午前…月～土	<input type="checkbox"/> 下部内視鏡 ※午前…月～土
血液データ(6ヶ月以内)	
ガラス板法定性()	HBs抗原定性()
TPHA定性()	HCV抗体()

【その他】

<input type="checkbox"/> 栄養相談

【検査希望日時】

- ・第3希望までご記入願います。また状況によってはご希望に添えない場合もございますのでご了承下さい。

第1希望	平成 年 月 日 ()	午前 ・ 午後
第2希望	平成 年 月 日 ()	午前 ・ 午後
第3希望	平成 年 月 日 ()	午前 ・ 午後

特記事項 (CT・MRIは依頼票に記入をお願いします。)
