診療情報提供書兼検査依頼書

〒243-8571 神奈川県厚木市船子232番地
社会医療法人 社団 三 思 会
東名厚木病院

外来検査担当医　　宛

お問い合わせは地域連携室までお願いします
TEL 046-229-3553(直通)
FAX 046-229-1779(直通)

年　月　日

紹介元
所　在　地
医療機関名
電 話 番 号
ＦＡＸ番号
依頼医師名　　印

フリガナ		生年月日	年　月　日		
患者名		年齢		性別	
住所		電話番号			

<検査目的と臨床情報 ・既往歴と処方歴 >
注意事項: 妊 娠 ☐ あり ☐ なし　ペースメーカー ☐ あり ☐ なし　アレルギー ☐ あり ☐ なし　体内金属 ☐ あり ☐ なし

<依頼検査(装置)選択>　☑ を付けてください。部位は選択もしくは手書きでご記入ください。

放射線検査	☐ MRI	☐ 単純	☐ 頭 部		その他 ( )
			☐ 頸 部		その他 ( )
			☐ 胸 部		その他 ( )
			☐ 腹 部		その他 ( )
	☐ CT	☐ 造影	☐ 骨 盤		その他 ( )
			☐ 脊 椎		その他 ( )
			☐ 関 節		その他 ( )
			☐ その他	その他	その他 ( )

☐ X線一般撮影　部位: (　　)　☐ マンモグラフィー　☐ 骨塩定量測定

※造影を希望する場合は、腎機能を添付して下さい。

※撮像方法・・・・・放射線科医師が依頼内容を見て、どのように撮像するか指示しています。
撮像方法に詳細希望がある場合は、その旨をお書き下さい。
可能な限り対応しますが、時間の関係などで制限される場合もあることをご了承下さい。

生理検査

☐ 頸動脈超音波　☐ 四肢血管超音波　☐ 乳腺超音波　☐ 甲状腺超音波　☐ 心臓超音波
☐ 腹部超音波　(　　)

心電図	☐ 安静	☐ 負荷	☐ ホルター心電図
脈波	☐ ABI	☐ TBI	☐ 皮膚灌流圧測定
呼吸機能	☐ 安静	☐ 負荷	☐ 聴力
神経伝導検査	☐ MCV	☐ SCV	☐ 脳波
脳誘発電位	☐ ABR	☐ SEP	☐ その他　精液一般検査

※臨床検査技師から検査の内容を確認させて頂くことがあります。

※読影所見は後日お届けします。フィルム送付方法を下表に記入して下さい。

	フィルム	CD	クラウド
当日			
後日			

検査予約日時　　年　月　日

予約受付担当

<備考>