

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)

2018 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>