

診察・検査依頼票（診療情報提供書）

平成 年 月 日

八千代病院 御中

【施設名】

診察依頼 科 先生

【医師名】

検査依頼

TEL() -

希望診察・検査日

FAX() -

①平成 年 月 日(曜日)

②平成 年 月 日(曜日)

フリガナ		性別	生年月日
受診者名		男・女	M・T・S・H 年 月 日 (歳)
住所	TEL() -		
保険		公費負担	
自費・自賠・労災・生保・健本・健家・国本・国家・退本・退家・後高		結核・身障・児童・原爆・精神・母子・乳児・その他()	
保険者番号		公費負担者番号	負担割合 1割・3割
記号	番号	受給者番号	
資格取得	有効期限	被保険者名	

臨床情報（診断名・既往歴・症状・検査結果・治療経過・現在の処方・その他事項）

<患者に対する留意事項>

・ 薬物アレルギー 有 無 ・ 鎮痙剤 可 不可 ・ ペースメーカー 有 無

<お渡しする画像形式について>

その他()

CD-R フィルム 不用

依頼項目をチェックして下さい

*レントゲンフィルム必要 不要

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> MRI/MRA(部位)
<input type="checkbox"/> MRCP
<input type="checkbox"/> CT (部位)
<input type="checkbox"/> 胃透視検査
<input type="checkbox"/> 注腸透視検査
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ
<input type="checkbox"/> 胸部X-P
<input type="checkbox"/> 超音波内視鏡
<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査
<input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 | <input type="checkbox"/> 脳波
<input type="checkbox"/> 心電図
<input type="checkbox"/> ホルター心電図
<input type="checkbox"/> トレッドミル
<input type="checkbox"/> 肺機能
<input type="checkbox"/> 骨塩定量
<input type="checkbox"/> レノグラム
<input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 胃内視鏡（下記チェック）
<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡（下記チェック）
<input type="checkbox"/> 抗血小板剤使用なし
<input type="checkbox"/> 抗血小板剤使用あり
<input type="checkbox"/> (/)より中止
<input type="checkbox"/> 生検は不要
<input type="checkbox"/> ワーファリン使用なし
<input type="checkbox"/> ワーファリン使用あり
<input type="checkbox"/> 生検は不要 |
|---|---|---|