

検査依頼書 (診療情報提供書)

紹介先医療機関名
医療法人社団 松井病院

紹介元医療機関名

担当医師名

フリガナ		生年月日
患者氏名	(男・女)	T・S・H 年 月 日 (歳)
住 所	TEL	

検査名・部位・撮影方法を下記項目から選択して○で囲んで下さい

MRI	頭部	頸部	MRCP	頸椎	胸椎	胸腰椎移行部	腰椎		
	股関節	骨盤腔	四肢 (右 左)		その他 ()				
	(頭部MRA 頸部MRA 下肢MRA・MRV)								
	造影剤	無	有	単純	・	造影 (血清Cr値	mg/dl)		
	ペースメーカー	脳動脈クリップ		体内埋め込み金属 ()		義歯	義眼		
CT	部位 ()				詳細指示:				
	撮影方法								
XP	部位 ()				詳細指示 (方向数):				
内視鏡	上部内視鏡		下部内視鏡						
	鎮静剤希望	無	有	抗凝固剤	無	有	(薬剤名)		
				休薬日	年	月	日より		
				抗血小板剤	無	有	(薬剤名)		
				休薬日	年	月	日より		
	感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (梅毒脂質抗原 梅毒TP定性 HB HCV) (検査日 年 月 日)							
既往歴	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 喘息			
超音波	心臓	肝臓	胆のう	膵臓	脾臓	腎臓	腹水	腹部大動脈	膀胱
	前立腺	子宮	卵巣	頸動脈	甲状腺	乳房	表在	その他 ()	
その他	心電図	ホルター心電図	ABI	肺機能検査	骨密度測定				

主訴、病名、紹介目的、症状経過、治療経過、検査結果

現在の処方