

検査申込書 兼 診療情報提供書 (紹介状)

年 月 日

患者氏名	フリガナ	男・女	生年月日	M・T・S・H	年 月 日	才
現住所	〒 ー			自宅電話 携帯電話		
緊急連絡先(現住所を除く親戚・知人等)		氏名		続柄 ()		
				電話 ー		

検査サービスのご利用に伴い以下の必要項目にご記入をお願いいたします。

超音波検査		希望日時		月	日 ()	時	分
<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 <input type="checkbox"/> 頸動脈							
X-P 単純		希望日時		月	日 ()	時	分
部位をご記載ください <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ()							
CT 単純		希望日時		月	日 ()	時	分
<input type="checkbox"/> 頭部 (ルーチン・内耳・副鼻腔) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 椎体 (頸・胸・腰) <input type="checkbox"/> 上肢 (右・左) (部位) <input type="checkbox"/> 下肢 (右・左) (部位) <input type="checkbox"/> その他 ()							
診断名							
現病歴							
治療経過							
その他							
留意事項							

検査報告の確認事項

- ① 画像……………CDR・フィルム / 当日手渡し・郵送
- ② 読影レポート…………… 要(中3日要す) _____ 月 _____ 日 () までに必着
不要

貴院 (紹介元)	医療機関名
	所在地
	医師名