


診療情報提供書

年 月 日

医療機関名

下記検査をお願いします。(  で囲ってください)

医師名

生理検査 ・ 放射線検査

住所

TEL

FAX

患者氏名	殿 男 ・ 女	湘南藤沢徳洲会病院ID No.
生年月日	M ・ T ・ S ・ H 年 月 日	歳
病 名 (主訴) 依頼内容		
病状経過 手術歴 治療経過 処方内容 特記事項		
<b>生理検査</b>	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 泌尿器 <input type="checkbox"/> その他腹部( ) <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> その他	
その他	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 負荷心電図( <input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ダブル) <input type="checkbox"/> 24時間心電図 <input type="checkbox"/> A B I <input type="checkbox"/> 簡易肺機能 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 筋電図 <input type="checkbox"/> 神経伝達速度 <input type="checkbox"/> 携帯睡眠ポリグラフィー <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<b>放射線検査</b>	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> RI( ) <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 注腸 → (検査食を検査2日前までに放射線科へ取りにきていただくようお願いください) <input type="checkbox"/> 一般撮影 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 ) <input type="checkbox"/> 四肢(右・左 部位: ) <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
造影剤	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 造影 ※造影剤使用の場合は、同意書を必ずお持ちください(同意書の無い場合は単純のみの撮影となります)	

検査予約日 月 日 :

診療情報提供書は1枚目・2枚目を当院へご提出いただき、3枚目を貴院控え用として保管して下さい。