

患者紹介状(診療情報提供書) 検査共同利用専用

FAX後紹介先持参
0120-35-1379〔直通FAX〕

依頼医療機関 海老名総合病院 検査担当医

依頼検査に「レ」(チェック)をしてください

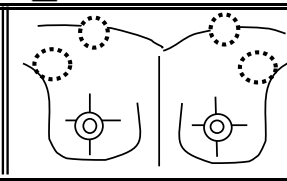
内視鏡検査 CT検査 MRI検査 骨密度検査 超音波検査 マンモグラフィ検査

下記の患者を紹介致します。

検査日	月	日 ()	時間	
-----	---	-------	----	--

選択された検査項目から該当する内容をご確認ください

※内視鏡検査・造影検査のご依頼の際は、同意書を当日必ずご持参ください。

内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管 (<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 下部消化管 抗血栓薬を内服中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬剤名 () ※ワルファリンを内服されている場合: 凝固検査数値をご記入ください PT []	
MRI・CT検査	依頼項目にレ(チェック) <input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純と造影 <input type="checkbox"/> 単純後必要時造影 造影の場合、腎機能の数値をご記入ください BUN [] CRE []	
	CT検査	MRI検査
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸部～腹部 <input type="checkbox"/> 頸部～腹部 <input type="checkbox"/> 四肢 (<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) () <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 頭部 (<input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> VSRAD) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢 (<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) () <input type="checkbox"/> その他 ()
	MRI) 体内に金属はありませんか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	造影) 喘息の既往はありますか? <input type="checkbox"/> なし	
骨密度検査	依頼項目にレ(チェック)	<input type="checkbox"/> (右)前腕骨遠位部 <input type="checkbox"/> (左)前腕骨遠位部 <input type="checkbox"/> (右)大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> (左)大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> 腰椎正面
超音波検査	依頼項目にレ(チェック)	<input type="checkbox"/> 1.心臓 <input type="checkbox"/> 2.頸動脈 <input type="checkbox"/> 3.下肢静脈 <input type="checkbox"/> 4.上腹部(肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・腎臓) <input type="checkbox"/> 5.肝臓(造影) <input type="checkbox"/> 6.下腹部(前立腺・膀胱) <input type="checkbox"/> 7.下腹部(子宮・卵巣・膀胱) <input type="checkbox"/> 8.下腹部(腎・膀胱) <input type="checkbox"/> 9.表在(乳腺) <input type="checkbox"/> 10.表在(頸部) <input type="checkbox"/> 11.表在(甲状腺) <input type="checkbox"/> 12.その他表在 ()
	1～3を除く血流検査項目(任意選択)	<input type="checkbox"/> 13.上腹部ドプラ <input type="checkbox"/> 14.下腹部ドプラ <input type="checkbox"/> 15.表在ドプラ
マンモグラフィ検査	該当箇所 ① しこりはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両方 ② 乳をしぼると分泌液がでますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両方 ③ 痛みがありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両方 ④ 乳房手術の既往はありますか? () ※右の図で異常部位をご記入ください。  ※部位は、左右乳腺2方向で撮ります。必要時、追加撮影することがあります。	
希望媒体	<input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> フィルムコピー <input type="checkbox"/> 所見のみ <input type="checkbox"/> サーマルペーパー(エコーのみ)	※内視鏡検査はCD-ROMのみ ※骨密度検査は所見のみ 結果報告 <input type="checkbox"/> 後日郵送 <input type="checkbox"/> 当日結果(患者様お渡し)
フリガナ		性別
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日 年 月 日 (歳)
住所	〒	電話番号
病名(主訴)		
既往症(家族歴)	薬物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
病状経過 治療経過 検査結果 並びに 検査主旨		
現在の処方		
紹介年月日	年 月 日	依頼医師
医療機関名		
所在地		
電話番号	FAX番号	

患者紹介状(診療情報提供書) 検査共同利用専用

貴院控え

依頼医療機関 海老名総合病院 検査担当医

依頼検査に「レ」(チェック)をしてください

内視鏡検査 CT検査 MRI検査 骨密度検査 超音波検査 マンモグラフィ検査

下記の患者を紹介致します。

検査日	月	日 ()	時間	
-----	---	-------	----	--

選択された検査項目から該当する内容をご確認ください

※内視鏡検査・造影検査のご依頼の際は、同意書を当日必ずご持参ください。

内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 上部消化管 (<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 下部消化管 抗血栓薬を内服中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬剤名 () ※ワルファリンを内服されている場合: 凝固検査数値をご記入ください PT []		
MRI・CT検査	依頼項目にレ(チェック) <input checked="" type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純と造影 <input type="checkbox"/> 単純後必要時造影 造影の場合、腎機能の数値をご記入ください BUN [] CRE []		
	MRI) 体内に金属はありませんか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 造影) 喘息の既往はありませんか? <input type="checkbox"/> なし	CT検査 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸部～腹部 <input type="checkbox"/> 頸部～腹部 <input type="checkbox"/> 四肢(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) () <input type="checkbox"/> その他()	MRI検査 <input type="checkbox"/> 頭部 (<input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> VS RAD) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢(<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L) () <input type="checkbox"/> その他()
	骨密度検査	依頼項目にレ(チェック) <input type="checkbox"/> (右)前腕骨遠位部 <input type="checkbox"/> (左)前腕骨遠位部 <input type="checkbox"/> (右)大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> (左)大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> 腰椎正面	
超音波検査	依頼項目にレ(チェック) <input type="checkbox"/> 1.心臓 <input type="checkbox"/> 2.頸動脈 <input type="checkbox"/> 3.下肢静脈 <input type="checkbox"/> 4.上腹部(肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・腎臓) <input type="checkbox"/> 5.肝臓(造影) <input type="checkbox"/> 6.下腹部(前立腺・膀胱) <input type="checkbox"/> 7.下腹部(子宮・卵巣・膀胱) <input type="checkbox"/> 8.下腹部(腎・膀胱) <input type="checkbox"/> 9.表在(乳腺) <input type="checkbox"/> 10.表在(頸部) <input type="checkbox"/> 11.表在(甲状腺) <input type="checkbox"/> 12.その他表在 () 1～3を除く血流検査項目(任意選択) <input type="checkbox"/> 13.上腹部ドブラ <input type="checkbox"/> 14.下腹部ドブラ <input type="checkbox"/> 15.表在ドブラ		
マンモグラフィ検査	問診事項	該当箇所にチェック ① しこりはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両方 ② 乳をしぼると分泌液がでますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両方 ③ 痛みがありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 両方 ④ 乳房手術の既往はありますか? () ※右の図で異常部位をご記入ください。 <input type="checkbox"/> ※部位は、左右乳腺2方向で撮ります。必要時、追加撮影することがあります。	
希望媒体	<input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> フィルムコピー <input type="checkbox"/> 所見のみ <input checked="" type="checkbox"/> ※内視鏡検査はCD-ROMのみ <input type="checkbox"/> サーマルペーパー(エコーのみ) <input checked="" type="checkbox"/> ※骨密度検査は所見のみ		結果報告 <input type="checkbox"/> 後日郵送 <input type="checkbox"/> 当日結果(患者様お渡し)

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日 (歳)
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
住所	〒		電話番号	() -
病名(主訴)				
既往症(家族歴)	薬物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
病状経過 治療経過 検査結果 並びに (検査主旨)				
現在の処方				
紹介年月日	年 月 日	医療機関名	依頼医師	
所在地				
電話番号	FAX番号			