

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「☒」（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

予約取得方法が下記の場合は「☒」（チェック）をしてください

☐Web予約 ☐患者直接予約

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	☐ 上部消化管 (☐ 経口 ☐ 経鼻) ☐ 下部消化管		
	抗血栓薬を内服中ですか? ☐ いいえ ☐ 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✓(チェック)	☐ 単純のみ ☐ 造影のみ ☐ 単純と造影 ☐ 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 ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 胸部～腹部 ☐ 頸部～腹部 ☐ 四肢 (☐ R ☐ L) () ☐ その他()	MRI検査 ☐ 頭部 (☐ MRA ☐ VSRAD) ☐ 頸部 ☐ 腹部 ☐ MRCP ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 四肢 (☐ R ☐ L) () ☐ その他()
	MRI)体内に金属はありませんか? ☐ なし ☐ あり()		
	MRI)体内にペースメーカーはありませんか? ☐ なし 造影)喘息の既往はありませんか? ☐ なし		
骨密度検査	依頼項目に✓(チェック)	☐ (右)前腕骨遠位部 ☐ (左)前腕骨遠位部 ☐ (右)大腿骨頸部 ☐ (左)大腿骨頸部 ☐ 腰椎正面	
超音波検査	依頼項目に✓(チェック)	☐ 1.心臓 ☐ 2.頸動脈 ☐ 3.下肢静脈 ☐ 4.上腹部(肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・腎臓) ☐ 5.肝臓(造影) ☐ 6.下腹部(前立腺・膀胱) ☐ 7.下腹部(子宮・卵巣・膀胱) ☐ 8.下腹部(腎・膀胱) ☐ 9.表在(乳腺) ☐ 10.表在(頸部) ☐ 11.表在(甲状腺) ☐ 12.その他表在()	
	1～3を除く血流検査項目(任意選択)	☐ 13.上腹部ドプラ ☐ 14.下腹部ドプラ ☐ 15.表在ドプラ	

希望媒体	☐ CD-ROM ☐ 所見のみ ※内視鏡検査はCD-ROMのみ ※骨密度検査は所見のみ	結果報告	☐ 後日郵送 ☐ 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		☐ 男 ☐ 女			
住 所	〒 -			電話番号	() -
病 名 (主 訴)					
既 住 症 (家族歴)	薬物アレルギー ☐ なし ☐ 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	F A X 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「√」（チェック）をしてください

☐ 内視鏡検査 ☐ C T 検査 ☐ M R I 検査 ☐ 骨密度検査 ☐ 超音波検査 ☐ マンモグラフィ検査

予約取得方法が下記の場合は「√」（チェック）をしてください

☐ Web 予約 ☐ 患者直接予約

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	☐ 上部消化管 (☐ 経口 ☐ 経鼻) ☐ 下部消化管		
	抗血栓薬を内服中ですか？ ☐ いいえ ☐ 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 P T ()		
M R I ・ C T 検査	依頼項目に√(チェック)	☐ 単純のみ ☐ 造影のみ ☐ 単純と造影 ☐ 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 B U N () C R E ()	C T 検査 ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 胸部～腹部 ☐ 頸部～腹部 ☐ 四肢 (☐ R ☐ L) () ☐ その他 ()	M R I 検査 ☐ 頭部 (☐ M R A ☐ V S R A D) ☐ 頸部 ☐ 腹部 ☐ M R C P ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 四肢 (☐ R ☐ L) () ☐ その他 ()
	M R I 体内に金属はありませんか？ ☐ なし ☐ あり ()		
	M R I 体内にペースメーカーはありませんか？ ☐ なし 造影)喘息の既往はありませんか？ ☐ なし		
骨密度検査	依頼項目に√(チェック)	☐ (右)前腕骨遠位部 ☐ (左)前腕骨遠位部 ☐ (右)大腿骨頸部 ☐ (左)大腿骨頸部 ☐ 腰椎正面	
超音波検査	依頼項目に√(チェック)	☐ 1. 心臓 ☐ 2. 頸動脈 ☐ 3. 下肢静脈 ☐ 4. 上腹部(肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・腎臓) ☐ 5. 肝臓(造影) ☐ 6. 下腹部(前立腺・膀胱) ☐ 7. 下腹部(子宮・卵巣・膀胱) ☐ 8. 下腹部(腎・膀胱) ☐ 9. 表在(乳腺) ☐ 10. 表在(頸部) ☐ 11. 表在(甲状腺) ☐ 12. その他表在 ()	
	1～3を除く血流検査項目(任意選択)	☐ 13. 上腹部ドプラ ☐ 14. 下腹部ドプラ ☐ 15. 表在ドプラ	

希望媒体	☐ C D - R O M ☐ 所見のみ ※内視鏡検査は C D - R O M のみ ※骨密度検査は所見のみ	結果報告	☐ 後日郵送 ☐ 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		☐ 男 ☐ 女					
住 所	〒 -				電話番号 () -		
病 名 (主 訴)							
既 住 症 (家族歴)	薬物アレルギー ☐ なし ☐ 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	F A X 番号						