

TEL : 06-6327-7765 FAX : 06-6300-7272

検査依頼書 (診療情報提供書)

医療法人成仁会 成仁会病院 地域医療連携課 宛

記入日 年 月 日

ふりがな 患者氏名			貴院名・依頼医師氏名	
生年月日	年	月	日(歳)	
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
携帯電話 (緊急連絡用)				
検査希望日	年	月	日 ()	時 分 頃
CT 検査				
区分	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影			
部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 鼻骨 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 両股関節 <input type="checkbox"/> 右股関節 <input type="checkbox"/> 左股関節 <input type="checkbox"/> 体脂肪計測 CT <input type="checkbox"/> その他 ()			
骨塩定量検査				
部位	<input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 前腕			
超音波検査				
部位	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部			
生理機能検査				
区分	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 血圧脈波(ABI/PWV)検査			
病名				
<input type="checkbox"/> 上記疾患の精査目的 <input type="checkbox"/> 上記疾患の定期フォローアップ <input type="checkbox"/> その他 臨床経過等 (記載は必須ではありません)				
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	埋込型除細動器(ICD)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
妊娠 (可能性含む)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	造影剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

2023年12月作成

成仁会病院 地域医療連携課 受付時間：平日 9～17 時/土曜日 9～12 時