

検査依頼書〈紹介状〉

年 月 日

社会福祉法人聖霊会

聖霊病院 _____ 科 行

(_____ 医師)

紹介医

医療機関名 _____

医師名 _____

登録医番号 _____

下記患者様の検査を依頼します。

患者様氏名	_____ 様 (男・女) (明・大・昭・平) _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳		
予 約	有 (予約日時 _____ 月 _____ 日 AM・PM _____ 時 _____ 分) ・ 無		
利用検査	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> UGI (上部消化管造影) <input type="checkbox"/> 胃カメラ(GIF) <input type="checkbox"/> CF(大腸内視鏡) <input type="checkbox"/> 注腸 <input type="checkbox"/> 造影CT <input type="checkbox"/> 造影MRI	<input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 心臓カテーテル <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> RI (シンチ)	<input type="checkbox"/> 循環器系シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> IVP、DIP <input type="checkbox"/> 前立腺エコー <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 肺活量検査 <input type="checkbox"/> 尿素呼気試験 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
検査部位			
臨床診断	感染症検査 (済・未) ↓ HBV (+・-) HCV (+・-) HIV (+・-) ワ 氏 (+・-)		
現病歴 検査目的 その他 (自由記載)	<input type="checkbox"/> 交通外傷		
依頼内容	<input type="checkbox"/> 検査、診断、レポート <input type="checkbox"/> 検査、検査結果により各科治療依頼 (この場合は経過の詳細を病院より送付) <input type="checkbox"/> その他 (_____)		

検査中に緊急処置が必要な場合は、適切な対応をお願いします。