

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

医療機関名

医 師 名

電 話 番 号

いつもお世話になります。
御多忙中恐れ入りますが、下記の患者様に関し、
宜しくお願い申し上げます。

患者様氏名	様（男・女） （大・昭・平・令） 年 月 日 生 歳		
予約日時	年 月 日（ ） 時 分		
依頼検査	☐ 単純CT☐ 造影CT☐ 単純MRI ☐ 造影MRI☐ 全脊椎X-P☐ 骨密度測定 ☐ 胃カメラ☐ 腹部エコー☐ 心エコー ☐ 前立腺エコー☐ ホルター心電図☐ 肺活量 ☐ 脳波☐ 血圧・脈波測定検査☐ 尿素呼気試験 ☐ その他（ ）		
検査部位	☐ 頭部☐ 上腹部☐ MRCP☐ 頸椎 ☐ 胸部☐ 下腹部☐ 股関節☐ 腰椎☐ その他（ ）		
臨床診断			
検査目的 現病歴 その他	☐ 交通外傷 ☐ 保険会社請求 ☐ 労災		