

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)

医療機関名 _____

医 師 名 _____

登録医番号 _____

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、
宜しく願い申し上げます。

患者様氏名	_____ 様 (男・女)		
	(明・大・昭・平)	年	月 日 生 歳
予約日時	年	月	日 () 時 分
依頼検査	<input type="checkbox"/> 単純CT <input type="checkbox"/> 造影CT <input type="checkbox"/> 単純MRI <input type="checkbox"/> 造影MRI <input type="checkbox"/> MMG(マンモグラフィ) <input type="checkbox"/> GIF(胃カメラ) <input type="checkbox"/> 肺活量 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 前立腺エコー <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 尿素呼気試験 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> その他()		
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 腰椎		
臨床診断			
検査目的 現病歴 その他		<input type="checkbox"/> 交通外傷 <input type="checkbox"/> 保険会社請求 <input type="checkbox"/> 労災	

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。