

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) (大・昭・平・令) 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"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> GIF(胃カメラ) <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"/> 肺活量 <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 <input type="checkbox"/> その他()
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