　　紹　介　状（検査依頼）

Fax 61－1324　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

名 張 市 立 病 院　　　御中

紹介元医療機関

　　　住　　所

　　　　　　　　　 　　 　　　　　　　　　　 名　　称

　　　　　　　　　　　　　 　　　 　医師氏名　　　　　　　　　　　 　　　　㊞

市立病院受診歴　有・無・不明

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | T・S  H・R | 年　　月　　日（　　歳 ） |
| 患者氏名 | （ 男・女 ） | | | | | | | | | |
| 患者住所 | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | |
| 保険種別 | | □社保（本人・家族） □国保（本人・家族） □高齢者 □労災 □自賠 □(　　 　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | |  | | | | | | | | 記号・番号 | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 疾病名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ ＣＴ | | | □ ＭＲＩ | | | | | □Ｘ線撮影 | | | | 撮影希望部位 | | | | | | |
| 単純　・　造影 | | | | | | | | ⇒造影の場合はご記入ください ｸﾚｱﾁﾆﾝ　　　　　mg/d　　ｅGFR　　　　ml/min/l | | | | | | | | | | |
| * 超音波検査 | | | 腹　部 | | | | | | 腎動脈 | | | | 心　臓 | | | 血 管 | 上肢動脈・上肢静脈 | |
| 下肢動脈・下肢静脈 | |
| 乳　腺 | | | | | | 頚部血管 | | | | 甲状腺 | | | その他(　 　　　　　　　　) | | |
| * 上部内視鏡検査 | | | | | □ 下部内視鏡検査 | | | | | □ 心電図検査（心電図ホルター　心電図　トレッドミル） | | | | | | | | |
| * 神経伝導速度検査 | | | | | | 正中神経（右・左）　尺骨神経（右・左）　橈骨神経（右・左）  脛骨神経（右・左）　腓骨神経（右・左）　腓腹神経（右・左） | | | | | | | | | | | | |
| * 脳波検査 | | 賦活あり  賦活なし | | | | | 眠剤あり  眠剤なし | | | * 骨塩定量検査 | | | | | 腰椎＋股関節（左）  （基準検査） | | | 腰椎＋股関節（右） |
| * 呼吸機能検査 | | | | * 睡眠時無呼吸検査 | | | | | | | フルポリ  簡易ポリ | | | * その他の検査（　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 診療の状況・読影希望のポイント等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | （参考資料） | | | | | | | | | | | | | | | | | |

名張市立病院