

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

Ⓔ

電話番号

市立病院受診歴 有・無・不明

ふりがな			
患者氏名	(男・女)	生年月日	T・S 年 月 日(歳) H・R
患者住所	電話番号		
保 険 種 別	<input type="checkbox"/> 社保 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 国保 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 高齢者 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> ()		
保 険 者 番 号		記号・番号	

疾 病 名			
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> X線撮影	撮影希望部位 ペースメーカー 有・無
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 e GFR ml/min/l
<input type="checkbox"/> 超音波検査	腹 部 乳 腺	腎動脈 頸部血管	心 臓 甲状腺
<input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 下部内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 心電図検査 (心電図ホルター 心電図 トレッドミル)	
<input type="checkbox"/> 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)		
<input type="checkbox"/> 脳波検査	賦活あり 賦活なし	眠剤あり 眠剤なし	<input type="checkbox"/> 骨塩定量検査 腰椎+股関節(左) (基準検査) 腰椎+股関節(右)
<input type="checkbox"/> 呼吸機能検査	<input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸検査	フルポリ 簡易ポリ	<input type="checkbox"/> 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