

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 H・R	年 月 日(歳)
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	
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	血 管 その他() 上肢動脈・上肢静脈 下肢動脈・下肢静脈
<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