

# 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"/> 単純MRI <input type="checkbox"/> GIF(胃カメラ) <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 造影CT <input type="checkbox"/> 造影MRI <input type="checkbox"/> 肺活量 <input type="checkbox"/> 前立腺エコー <input type="checkbox"/> 尿素呼気試験	<input type="checkbox"/> ( )シンチ <input type="checkbox"/> MMG(マンモグラフィ) <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> 脳波
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 頚椎 <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	感染症 HBV(+・-) _____ HCV(+・-) _____ HIV(+・-) _____ ワ氏 (+・-) _____		
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		
依頼内容	<input type="checkbox"/> 検査・診断・レポート依頼のみ <input type="checkbox"/> 検査・検査後診察依頼( _____ 科 _____ 医師) <input type="checkbox"/> 検査・検査結果により治療依頼 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		

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。