

ご紹介・検査依頼書
(診療情報提供書)

令和 年 月 日

紹介先医療機関名

重工記念長崎病院

担当医 科 先生

依頼元医療機関名

FAX : (095)801-5520 ・ TEL(095)801-5517

主治医

印

ふりがな 氏名	保険者番号	本人 家族	負担割合 1・3割	保 険 証 は コ ピ ー で 結 構 で す
生年月日 M・T・S・H 年 月 日 歳	記号	番号		
住所 〒 県 市 町 番地 郡 Tel ()	原爆手帳番号 19	受給者番号		
	被爆体験手帳番号 86	受給者番号		
その他公費番号				
診察を希望 () 希望検査名 (チェックをお願いします) <input type="checkbox"/> CT検査 <input type="checkbox"/> MR検査 (<input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰) <input type="checkbox"/> 上下肢 () ※造影検査の事前チェック ■造影検査に対するアレルギー (有・無) ■喘息 (有・無) ■腎不全 (有・無) ※MR検査禁忌項目 ■ペースメーカー ■心臓人工弁 ■動脈瘤クリップ ■人工内耳 <input type="checkbox"/> 糖尿病教室 <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 超音波胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 心臓超音波 <input type="checkbox"/> トレッドミル心電図 <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 血圧脈波検査(フォルム)				
傷病名				
紹介の目的				
既往歴及び家族歴				
病状経過及び検査結果				
治療経過及び現在の処方				