診療情報提供書（検査依頼書）

　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| フリガナ医療機関名　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　FAX　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医　　　　　　　　　　　　　　患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　男・女 |
| 生年月日　T・S・H・R　　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 住所　TEL　　　　　（　　　　） |
| 身長　　　　　　　　cm　　　体重　　　　　　　㎏ |

希望日時　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　ＡＭ　・　ＰＭ　・　指定なし

検査サービスのご利用に伴い、以下の必要事項にご記入をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 検査項目（チェック）該当箇所に○を記してください | □超音波　(腹部一般　・　頚動脈　・　甲状腺　・　下肢血管　・　心臓　)　　　　 □ホルター心電図　　　 □脳波　　　　　　□呼吸機能（VC・FVC）　□ＡＢＩ検査　□肝エラストグラフィー □骨密度 |
| 病名 |  |
| 現病歴検査目的留意事項　等 |  |
| 添付資料 | 　□なし　　□血液検査　　□単純Ｘ線　　□ＵＳ　　□その他（　　　　　　　） |

**ＦＡＸでのお申込をお願いします。**

**ご不明な点は地域医療連携室までご連絡ください。**

秦野赤十字病院

地域医療連携室　TEL 0463-81-0719

 FAX 0463-84-1484

2023.4