

診療情報提供書（検査依頼書）

年 月 日

フリガナ 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 kg

医療機関名 _____

TEL _____

FAX _____

担当医 _____

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	<input type="checkbox"/> 超音波（腹部一般 ・ 頸動脈 ・ 甲状腺 ・ 下肢血管 ・ 心臓） <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 呼吸機能（VC・FVC） <input type="checkbox"/> ABI検査 <input type="checkbox"/> 肝エラストグラフィ <input type="checkbox"/> 骨密度
病名	
現病歴 検査目的 留意事項 等	
添付資料	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 単純X線 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> 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