

紹介依頼書兼診療情報提供書

済生会守山市民病院

年 月 日

入院 (一般病床 開放病床)

外来 科 医師

入院・受診・検査希望日

医療機関名

① 月 日 午前・午後

医師氏名

② 月 日 午前・午後

電話

③ 月 日 午前・午後

FAX

<患者情報>

ふりがな		生	大・昭・平・令	男
氏名		年	年 月 日	・
		月		女
		日		歳
住所	〒	連絡先		

保険情報	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費 () <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照
------	------------------------------------

検査名	<input type="checkbox"/> CT (単純・造影) <input type="checkbox"/> MRI (単純・造影) <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 下肢静脈エコー <input type="checkbox"/> 下肢動脈エコー <input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> 胃カメラ ※経口のみ。経鼻、鎮静下での検査をご希望の場合は消化器内科へご紹介ください。 <input type="checkbox"/> その他 ()
-----	---

部位	<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 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙尾椎) <input type="checkbox"/> 上肢 (左・右) <input type="checkbox"/> 下肢 (左・右) <input type="checkbox"/> その他 ()
----	--

既往歴 症状経過 治療経過	
---------------------	--

処方内容	
------	--