

送付元  
医療機関名  
住所TEL

## 検査依頼書

(診療情報提供書)

患者基本情報			
ふりがな		男・女 様	生年月日
氏名:			明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
保険証	記号	番号	保険者番号
当院受診歴: 有・無 (お分かりになれば当院ID番号: )			
*検査希望日	第1 年 月 日 ( )	午前 午後	第2 年 月 日 ( ) 午前 午後
検査依頼内容	検査種別	検査部位 (検査名)	検査目的
	CT検査	造影依頼 (有・無)	
	MRI検査	(身長 cm、体重 kg) 造影依頼 (有・無)	
	RI検査		
	上部内視鏡 検査		
	<small>希望に○してください</small>	・通常 ・経鼻使用 ・鎮静剤使用	
	骨密度	(身長 cm、体重 kg)	
その他検査 ( )			

※患者さんの万全を期すために、下記の間診にお答え頂きますようお願いいたします。

問		アレルギー・喘息 無 ・ 有	妊娠 無 ・ 有
	CT	ヨードアレルギー 無 ・ 有	
診	MRI	体内金属 無 ・ 有	体内金属有の場合 素材:
		閉所恐怖症 無 ・ 有	
その他	検査結果: 通常 ・ 至急 出力媒体: CD		
	当日追加検査: 検査担当医の判断で追加検査を 許可 ・ 不要		

※検査部位・目的については可能な限り詳細にご指示をお願いいたします。

ご不明な点がありましたら、地域医療連携室にご連絡頂けますでしょうか、どうぞよろしくお願いいたします。