

診療情報提供書 兼 検査依頼書

地方独立行政法人
三重県立総合医療センター行

申込日	R 年 月 日
医療機関名	
登録医名	印
電話	FAX

ふりがな		生 年 月 日
患者氏名	男・女	M・T・S・H・R 年 月 日生
住 所		電話

記号・番号	保険者番号	保険者名
資格取得日	有効期限	被保険者名 続柄
S・H・R 年 月 日	R 年 月 日	

公費負担医療の受給者番号	公費負担者番号	有効期限
		R 年 月 日

検査日時	R 年 月 日	AM ・ PM
------	---------	---------

検査項目 感染症の有無：有（ ）・無

- CT (単純：部位(頭・頸・胸・腹部(上腹)・骨盤(下腹)・脊椎・四肢(右上肢・左上肢・右下肢・左下肢))、(造影)冠動脈)
- MRI (単純)：部位

{	頭 (脳・脳+MRA)・頸・腹 (肝・胆・膵・腎)・骨盤 関節 () 椎体 (頸・胸・腰) ・ その他 ()
---	--
- エコー：部位(腹・甲状腺・心臓・下肢静脈(右・左・両)・下肢動脈(右・左・両)・頸動脈(右・左・両))
- 胃カメラ：経口・経鼻
 - ・呼吸機能検査(1・2)
- 大腸内視鏡
 - ・脳波(大人)
 - ・マンモグラフィ
- トレッドミル：身長(cm) 体重(kg)
 - ・ホルター心電図
- ABI測定検査(足関節上腕血圧比)
- 神経生理検査 神経伝導検査：糖尿病セット・手根管症群セット・頸椎症セット・腰椎症セット
自律神経系：サーモグラフィ・重心動揺検査・瞳孔機能検査等 身長(cm)、体重(kg)

検査目的・臨床経過(スペースが足りないときは別紙をお使いください。)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

コピーしてご使用ください。なお、当院ホームページからもダウンロードできます。