

診療情報提供書 兼 検査依頼書

地方独立行政法人

申込日

R 年 月 日

三重県立総合医療センター行

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 体重(kg)

頭(脳・脳+MRA)・頸・腹(肝・胆・脾・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
- 大腸内視鏡
- トレッドミル: 身長(cm) 体重(kg)
- CPX: 身長(cm) 体重(kg)
- ABI測定検査(足関節上腕血圧比): 身長(cm) 体重(kg)
- 神經生理検査 神經伝導検査: 糖尿病セット・手根管症群セット・下肢セット・顔面セット
 自律神經系: (CVR-R・SSR) 身長(cm) 体重(kg)
- 骨密度検査: 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。)