

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 体重(kg)

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

・ 大腸内視鏡

・ 脳波(大人)

・ マンモグラフィー

・ トレッドミル:身長(cm) 体重(kg)

・ ホルター心電図(PM有・PM無)

・ CPX: 身長(cm) 体重(kg)

・ 7日間ホルター心電図

・ ABI測定検査(足関節上腕血圧比): 身長(cm) 体重(kg)

・ 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・下肢セット・顔面セット

自律神経系:(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。)