

<b>検査様式1</b> <b>検査依頼書</b> <b>&lt;情報提供書&gt;</b>	紹介元病院・医院 _____ 依頼科 _____ 依頼医師 _____
	患者氏名 _____ 殿 男・女 ____才
	検査予約日 20__年__月__日_曜日 AM・PM ____時__分

<input type="checkbox"/> MR検査(単純のみ) <input type="checkbox"/> CT検査(単純のみ) <input type="checkbox"/> 一般X線検査(単純のみ) 検査部位 <input type="checkbox"/> 脳+MRA+VSRAD※1 <input type="checkbox"/> 頭頸部+(頸MRA) <input type="checkbox"/> 脊髄・脊椎(頸・胸・腰・仙) <input type="checkbox"/> 胸(肺・縦隔・心臓) <input type="checkbox"/> 上腹部(肝胆膵・MRCP・ ) <input type="checkbox"/> 下腹部・骨盤(泌尿器・婦人科) <input type="checkbox"/> 四肢関節( )	<b>◆他の検査(MRなしの単独検査も可)</b> <input type="checkbox"/> 認知機能検査(長谷川スケール・MMSE) <input type="checkbox"/> 他の心理検査(____) <input type="checkbox"/> 他の検査(____)  <b>◆費用清算について:必ずチェック下さい。</b> <b>※委託検査による費用は別途協議</b> <input type="checkbox"/> 委託検査:紹介元にて費用算定いたします。 <input type="checkbox"/> 委託検査しない:紹介先で算定します。
--	---

<b>患者移送</b> <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー  <b>鎮痛・鎮静</b> <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (指示) _____	妊娠可能性 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明  <b>感染</b> <input type="checkbox"/> HBs-Ag <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 他 _____
---	---

臨床診断及び検査目的

-----

<診療情報提供書>担当医:外来担当医

傷病名:  
 依頼目的:  
 既往歴その他:

検査についてのお問合せ先・検査予約は地域連携室へ  
 当院への検査予約が完了次第、FAXにて当依頼書を送信ください。TEL0776-22-3717・FAX0776-27-2827

公益財団法人 松原病院