

検査申込書（FAX患者紹介）

●送信先
地域医療福祉連携室（FAX受付）
FAX（026）246－5530

紹介元医療機関
所在地
電話番号
FAX
医師氏名

年 月 日

県立
信州医療センターに受診したことがありますか

・ある ・なし

患者	フリガナ			生年月日	男・女
	氏名			明・大・昭・平 年 月 日 ()歳	
保険情報	住所	TEL			
	保険種類:国保・社保・老人・公費 / 本人・家族				
	保険者番号		公費負担番号		
	記号・番号		受給者番号		

* 該当項目に○印及び必要事項のご記入をお願いします。 コピー □ 要 ・ □ 不要

検査項目	部位
C T	頭部 胸部 腹部 四肢 その他()
M R I	頭部 胸部 腹部 四肢 その他()
R I	骨シンチ Gaシンチ 脳血流 甲状腺 腎シンチレノグラム 消化管出血
骨 密 度	腰椎 大腿骨頸部 前腕骨 全身
造 影	食道 胃 結腸 直腸 その他()
内 視 鏡	上部消化管 下部消化管 その他() 抗コリン剤使用の可否(可 否) 甲凝固剤使用の有無(有 無)
超 音 波	心臓 腹部 乳腺 甲状腺 その他()
生 理 機 能	ホルター心電図 トレッドミル 呼吸器機能 脳波 その他()
病 理	組織診断 細胞診 その他() ※専用依頼書あり
備考(アレルギー歴・腎機能異常・喘息等ありましたらご記入ください)	

紹介目的
傷病名 既往歴及び家族歴
病状経過及び検査結果 治療経過
現在の処方
来院予定日: 月 日 (時間 :)