常陸大宮済生会病院検査申込票
診　療　情　報　提　供　書

科　　先生 御侍史　　申込日　平成　　年　　月　　日

検査項目		検査希望日
	・心エコー　・腹部エコー　・血管エコー　・ホルター心電図 ・２４時間血圧計　・トレッドミル　・動脈硬化検査（脈波）　・胃カメラ ・ＣＴ　（部位：　　）　造影：有・無 ・ＭＲＩ（部位：　　）　造影：有・無	

（検査項目に○をつけてください。）

【紹介元医療機関】

【医療機関名】

【所在地】

【医師名】

【TEL】

【FAX】

【紹介患者情報】

(フリガナ)

患者氏名：

住　所：

TEL：

生年月日：M・T・S・H　　年　　月　　日

性　　別：　　**男　・　女**

常陸大宮済生会病院受診歴：　無　・　有

ID（有の場合）：No.

各種検査等

≪内視鏡検査の場合≫

HBs-Ag：（＋・－・未検）

HCV-Ab：（＋・－・未検）

RPR：（＋・－・未検）

出血傾向の有無：　無　・　有

（参考値：Plt　　万/mm^3，PT　　%）

使用可能な注射薬（○をつけてください）
ブスコパン（　）グルカゴン（　）
両方不可（　）

≪造影ＣＴ・造影ＭＲＩの場合≫

血清クレアチニン値（　　mg/d）

アレルギーの有無
無　　有　（抗原・疾患）
（　　）

喘息等の有無
無　　有

【　紹介内容　】

傷　病　名：
(診　断)

【症状経過及び検査結果】

【治療経過】

【現在の処方】

【備　考】

※必要がある場合には画像診断フィルム・検査の記録を添付してください。

※ご不明な点は、医療連携相談室にお問い合わせください。

連絡先：常陸大宮済生会病院　医療連携・相談室

TEL：0295－54－8171（直通）

0295－52－5151（代表）

FAX：0295－54－8110