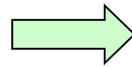


地域医療室へTEL後FAX



検査予約票をお持ちください。

診療情報提供書(検査等依頼書)

平成 年 月 日

箕面市立病院 地域医療室 行
(FAX 072-728-8475)

所在地
施設名
医師名
TEL
FAX

下記のとおり、検査を依頼します。

フリガナ
患者氏名
生年月日
M・T・S・H 年 月 日
(男・女) 才
TEL - -

カルテ番号

(箕面市立病院の診察券をお持ちの場合は、カルテ番号を記入してください。)

日 時 平成 年 月 日 () 時 分

★ 必要な項目にチェック、記入してください。

Form with checkboxes for various medical tests: 内視鏡, CT, MRI, 核医学, 腹部超音波, 骨密度, 心臓超音波, 頸動脈超音波, トレッドミル, 脳波, 呼吸機能, 血圧脈波.

胃ろうチューブ交換 (透視下胃ろう造影検査) ※当院の内科で胃ろう造設された方のみ※

傷病名:

紹介(検査)目的:

既往歴・手術歴(必ず記入):

経過、検査結果、内服薬など:

※抗血栓薬の服用有無(内視鏡検査時は必ず記入してください)
□あり(薬剤名:) □なし

検査結果 □所見と画像 => (□CD-R □フィルム □写真、波形) □所見のみ