

①診療情報提供書(検査依頼書)

相模原赤十字病院宛

フリガナ	
患者様氏名	男・女
生年月日	大・昭・平 年 月 日(歳)
住所 〒	—
TEL	()
携帯	()
身長	cm 体重 kg

医療機関名 _____

TEL _____

担当医 _____

検査予約時間 年 月 日() 時 分 ~

検査サービスのご利用に伴い以下の必要事項にご記入をお願い致します。

検査項目 (チェック)	<input type="checkbox"/> 単純CT検査 <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> 高次脳機能検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 3Dマンモグラフィ(トモシンセシス) <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 動脈硬化検査(ABPI/PWV) <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸検査 <input type="checkbox"/> 肺機能検査 <input type="checkbox"/> 尿素呼気試験 <input type="checkbox"/> GIF <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他()
部 位 (チェック) 【詳しい部位】	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部・骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 下肢血管 <input type="checkbox"/> 関節(リウマチ評価) 【詳しい部位】 ()
現病歴 治療歴 検査所見 治療経過 検査目的 留意事項等	
添付資料	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 単純X線 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他()
糖尿病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (空腹時 mg/dl) (検査当日の糖尿病薬剤の使用は避けてください) 自立歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 車椅子 感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	現在状況 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 30分静止 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

連絡先 地域医療連携課 042-784-9717 (直通電話)

平日・開院土曜日 8:30~17:00

(FAX番号)042-784-2551

相模原赤十字病院の検査のご案内

患者氏名 _____ 様

検査予約日時 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時 ____ 分

検査予約内容 _____

1. 検査当日20分前迄に、2階総合カウンターへお越し下さい。 (検査内容によって異なる場合があります。)

【来院時の持ち物】

- 1) 「相模原赤十字病院の検査のご案内」(この用紙)
- 2) 「診療情報提供書(検査依頼書)」
- 3) 「保険証」
- 4) 「診察券」(以前に当院受診されている方)

2. 都合が悪く来院できない場合は、必ず地域医療連携課にご連絡ください。

【連絡先】相模原赤十字病院 地域医療連携課
TEL: 042-784-9717 FAX: 042-784-2551