

診療情報提供書（検査依頼書）

年 月 日

紹介先 函館稜北病院

〒041-0853 函館市中道2丁目51番1号

TEL : 0138-54-3113 FAX : 0138-52-4341

※感染症が疑われる患者様の場合、必ず事前にご連絡ください。

ふりがな	紹介元医療機関				
氏名	医療機関名				
生年月日	明・大・昭・令 年 月 日（ 歳）	住所			
		電話番号			
性別	男 ・ 女	FAX 番号			
予約日時： 年 月 日（ ） 時 分					
●以下の該当するものにチェックを付けてください					
検査種別	<input type="checkbox"/> CT検査	<input type="checkbox"/> 骨塩定量			
撮影部位 (CT検査)	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 胸椎
	<input type="checkbox"/> 腰・仙椎	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 全腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	
	<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤腔	<input type="checkbox"/> 胸部～上腹部	<input type="checkbox"/> その他（	）	
病名・ 検査目的					
臨床経過					
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
手術歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり（手術名：	）		
来院時の状況	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 介助歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他（	）