TEL：06-6327-7765　FAX：06-6300-7272

検　査　依　頼　書（診療情報提供書）

医療法人成仁会　成仁会病院　地域医療連携課　宛　　記入日　　年　　月　　日

ふりがな 患者氏名		貴院名・依頼医師氏名
生年月日	年　　月　　日(　　歳)	
性別	□ 男　　□ 女	
携帯電話 (緊急連絡用)		
検査希望日	年　　月　　日（　　）　　時　　分　　頃	
CT 検査		
区分	□単純　□造影	
部位	□頭部　□胸部　□全腹部　□胸腹部　□上腹部　□下腹部　□骨盤 □副鼻腔　□頚部　□鼻骨　□頚椎　□胸椎　□胸腰椎移行部　□腰椎 □両股関節　□右股関節　□左股関節 □体脂肪計測 CT　□その他（　　）	
骨塩定量検査		
部位	□腰椎＋大腿骨　□腰椎　□大腿骨　□前腕	
超音波検査		
部位	□心臓　□腹部	
生理機能検査		
区分	□ホルター心電図　□血圧脈波(ABI/PWV)検査	

病名

□上記疾患の精査目的　□上記疾患の定期フォローアップ　□その他

臨床経過等（記載は必須ではありません）

ペースメーカー	□ なし　□ あり	埋込型除細動器(ICD)	□ なし　□ あり
妊娠（可能性含む）	□ なし　□ あり	造影剤アレルギー	□ なし　□ あり

2023 年 12 月作成

成仁会病院　地域医療連携課　受付時間：平日 9～17 時/土曜日 9～12 時