

# 検査依頼書

(紹介医→K S・MCR)

FAX (0532)62-6770

光生会病院 御中

令和 年 月 日

検査希望日 月 日 ( ) 希望

検査日は病院の診療体制にゆだねる

○検査名

C T (造影剤 有・無)

MR I (造影剤 ガドリニウム、リゾビスト ・無)

マンモグラフィー 超音波 ( )

胃カメラ 大腸内視鏡

★部位記入欄【 】

|  |               |        |        |       |
|--|---------------|--------|--------|-------|
| ☆<br>氏名  |               | 男<br>女 | 住<br>所 |       |
| ☆<br>生年月日  | M・T・S・H 年 月 日 | ☆<br>歳 | 電話     | ( ) - |
| 光生会病院受診実績  | 有 ・ 無         |        | 年 月頃   | 科     |
| <input type="checkbox"/> 患者医療情報<br>★感染症 (有・無) (検査あり→MRSA・HCV・HBV・その他) (検査なし)<br>★その他 ( ) |               |        |        |       |

☆欄は保険証コピー添付の場合、記入不要です。

**\*内視鏡検査依頼の場合、抗凝固剤・血小板凝集抑制剤に関して(様式—3)もお願いします。**

**\*診療情報提供書を併せてFAX頂けると幸いです。**

☆通信欄 (検査に関する病名のご記入願います)

☆保険証等コピー添付欄