

紹介状・診療情報提供書 (検査予約申込書—放射線科以外)

FAX 082-879-1146

紹介元 医療機関名

広島共立病院 地域医療連室行き

医師氏名

(電話番号)

(FAX)

フリガナ		住所	
氏名	様 (男・女)		
生年月日	M・T 年 月 日 (満 歳) S・H・R	電話番号	() —

*広島共立病院受診歴：(有・無) ADL：(自立・車いす・ベッド上)

検査名 (○でお囲みください)	希望日	1. 出来るだけ早く、又は希望しない
① 内視鏡： 上部 ・ 下部 ・ ポリペク希望：(あり・なし) ・ 経鼻希望：(あり・なし)		2. 希望日・曜日指定がある ⇒ ()
② エコー：心臓・腹部・乳腺・甲状腺・頸部 頸動脈・その他 ()		
③ 上記以外の検査名 ()		

★ポリペク希望の場合ご記入ください★

- ①抗血小板剤・抗凝固剤服用： あり ・ なし
「あり」の場合、別紙の問診票へのご記入をお願いいたします。
- ②ペースメーカー埋込み： あり ・ なし
「あり」の場合、ペースメーカー埋込みの場合、下段にあるメーカー名にチェックをお願いいたします。
また、当日は必ずペースメーカー手帳をご持参ください。

- Medtronic SJM (ST, JUDE MEDICAL) BIOTRONIK 日本光電
 日本ライフライン Boston Scientific その他 ()

検査目的	
主訴又は疾病名	
現病歴 現在の処方など	
既往歴・手術歴	
要望・留意事項等	

① 保 険	保険者番号																資格取得	
	記号																	有限期限
	番号																	資格取得
	資格取得																	有限期限
	被保険者																	高年齢者負担割合 1割 2割 3割