

診療情報提供書

(検査依頼申込書;放射線検査以外)

専用FAX **042-752-1871**

総合相模更生病院 地域連携室行

フリガナ 患者氏名 (男・女)		紹介元医療機関名	
生年月日 (M・T・S・H・R) 年 月 日 歳		住所	
患者住所 〒		TEL	
Tel		Fax	
検査予定日 年 月 日 曜日 時 分		ご担当医師名 先生	
保険者番号	公費負担番号		
記号・番号	公費受給者番号		
資格取得日	続柄	本人 ・ 家族	
主訴および傷病名		患者様持ち帰り	要 ・ 不要
検査依頼目的・留意事項等			

生理検査	<input type="checkbox"/> 心電図 < <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 血圧脈波 <input type="checkbox"/> 肺機能(↓どちらか選択願います) VC+FVC ・ VC+FVC+MVV <input type="checkbox"/> 超音波 (必ず検査依頼目的と部位を明記してください) ・上腹部(肝・胆・膵・脾・腎) ・心臓 (心電図の結果を同封してください。未実施の場合は当院で実施します) ・頸動脈 ・甲状腺 ※検査上の注意事項がある場合は必ずご記入願います。
栄養相談	<input type="checkbox"/> 個別指導(糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 高血圧症 ・ 胃潰瘍 ・ その他) ☆栄養食事指導指示箋の提出を3日前にはお願いいたします。

*検査費用については、健康保険でお取り扱いいたします。

ご利用上のお願い

- (1) 事前にカルテを作成して患者様をお待ちするため、保険情報は可能な限りご記入下さい。
- (2) 検査予約票、診療情報提供書、保険証は当日患者様に持参するようにお申し添下さい。

* 予約終了後、診療情報提供書(検査依頼申込書)のFAXをお願いいたします。

【お問い合わせは】 総合相模更生病院 地域連携室
 TEL 042-752-1815(直通)
 TEL 042-752-1808(代) 内線 1110

〈受付時間〉 平日 8:30~16:30 土曜 8:30~11:30