

ふれあい横浜ホスピタル
診療情報提供書
 (生理検査申込書)

平成 年 月 日

フリガナ		男	M	年	月	日	生まれ
患者様 氏名		女	T S H		(歳)
住所	TEL ()						
紹介元	所在地						
	医院名						
	医師名	TEL	()		
		FAX	()		

※以下、該当部分に または○をお付け下さい。

検査項目	・生理検査 <input type="checkbox"/> 肺機能 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他()	超音波 検査部位	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 下脚静脈 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> その他()
診断名	(主訴)	(診断名)	
個人データ	・人工臓器 有 ・ 無() ・手術歴(時期・内容) 有 ・ 無() ・体内金属 有 ・ 無 ・アレルギー、喘息 有 ・ 無 ・てんかん 有 ・ 無 ・妊娠 有 ・ 無(週) ・体重 kg ・感染 有 ・ 無()	検査目的または症状についての患者様情報	
検査日時	月 日 時	希望 ・ 確定	

※ご記入いただきましたら、下記まで **FAX** お願い申し上げます。

FAX番号 045-663-6788	ふれあい横浜ホスピタル 検査科 TEL 045-681-5101(代表) 045-663-6788(直通)
------------------------------	--