

# 検査申込書(紹介・診療情報提供書)

平成 年 月 日

紹介先	横浜市立大学附属 市民総合医療センター	依頼元	郵便番号 : _____
	〒232-0024 横浜市南区浦舟町4-57 TEL. 045-261-5656 FAX. 045-253-5749		所在地 : _____ 医療機関名 : _____ 医師名 : _____ 先生 電話番号 : _____ FAX.番号 : _____

患者様	フリガナ ご氏名	様 男・女 M・T・S・H	年 月 日生(満 才)
	ご住所	TEL ( )	
	保険証のコピーの添付または、保険者番号、保険証の記号、番号および被保険者との続柄の記入をお願いします 保険者番号 記号 番号 被保険者との続柄(本人・家族)		

当院への受診歴 ( 無 ・ 有 ID: )

希望検査名(必要な項目を選択してください)

心血管リスク因子

- |   |   |                                  |                               |
|---|---|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> エコー(心臓・腹部・頸動脈) | <input type="checkbox"/> アプノモニター              | <input type="checkbox"/> 糖尿病     | <input type="checkbox"/> 高脂血症 |
| <input type="checkbox"/> ホルター心電図        | <input type="checkbox"/> その他(希望される検査名をお書き下さい) | <input type="checkbox"/> 高血圧     | <input type="checkbox"/> 喫煙   |
| <input type="checkbox"/> ホルター血圧心電図      |   | <input type="checkbox"/> 心血管病家族歴 |                               |

検査結果報告希望日と方法

- |                                 |  |   |
|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 検査当日 ⇒ | <input type="checkbox"/> FAX (報告書はサマリーのみになります) | <input type="checkbox"/> 患者様渡し* 多少お待ちいただきます |
| <input type="checkbox"/> 翌日以降 ⇒ | <input type="checkbox"/> FAX (報告書はサマリーのみになります) | <input type="checkbox"/> 郵送                 |

検査結果報告書

- |                                  |                                    |                               |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| エコー                              | ホルター心電図/ホルター血圧心電図                  | その他の検査                        |
| <input type="checkbox"/> サマリー    | <input type="checkbox"/> サマリー      | <input type="checkbox"/> サマリー |
| <input type="checkbox"/> サマリー・写真 | <input type="checkbox"/> 全報告書(全波形) | <input type="checkbox"/> 全報告書 |
| <input type="checkbox"/> サマリー・CD |                                    |                               |

検査希望日 (2診療日以降のご希望日を複数ご記入ください)

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 大至急 (日時を問わず、できるだけ早く) | <input type="checkbox"/> 1週間以内を希望 |
| <input type="checkbox"/> 第一希望日( 月 日 )         | <input type="checkbox"/> 2週間以内を希望 |
| <input type="checkbox"/> 第二希望日( 月 日 )         | <input type="checkbox"/> 4週間以内を希望 |
| <input type="checkbox"/> 第三希望日( 月 日 )         | <input type="checkbox"/> 日時は問いません |

傷病名 :

病状経過(現病歴):

この「検査申込書(紹介・診療情報提供書)」を下記の番号にFAXしてください。

FAX: 045-253-5331 (受付時間 平日8:45~16:00)

公立大学法人 横浜市立大学附属市民総合医療センター 臨床検査部

TEL: 045-261-5656(代)