

天心堂への診療情報提供・検査依頼書

依頼先（内科/循環器科/消化器科/外科/小児科/整形外科/眼科/泌尿器科/リハビリテーション科/麻酔科）

希望医師名（ ）

患者	フリガナ	生年 年月日	M・T	年	月	日	才
	氏名		S・H・				
者	住所	電話（ ） - -					

現在の受診形態 外来 訪問診療 施設入所 その他（ ）

紹介元	① 希望検査項目	
	目的	
紹介元	② CT/MRI検査手技	
	・CT検査： 単純検査 単純+造影検査 造影検査のみ ・MRI検査： 単純検査 単純+造影検査 造影検査のみ	
※ 下記の検査及び治療を希望される場合には、事前の電話予約をお願いします CT・MRI・BE・DIP・骨密度・マンモグラフィ GF・CF・エコー（腹・頸・心） 体外衝撃波結石破碎装置による治療・透析治療 心臓カテーテル検査及び治療・PSG（完全型）・脳波・肺機能		
③ 心臓CT造影検査（患者説明：要・不要）		

紹介主旨	診察	検査	検査・診察	月	日
	加療	入院希望	希望日		
Film出力：			要	不要	CD

疾患名/既往歴/薬物アレルギーの有無/造影剤の禁忌 ※造影剤を使用する場合は、必ずこの欄の記入をお願いします。	現在の処方
症状経過及び検査結果/治療経過	
その他希望項目（ご記入無き場合は当院医師に一任させていただきます）	