

診療情報提供書(検査用)

美濃市立美濃病院 担当医		紹介元医療機関 医師名 TEL			
氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住所	TEL				
傷病名					
症状	薬物アレルギー <input type="checkbox"/> 有 ()				
予約日	平成 年 月 日 ()				予約時間
検査内容	<input type="checkbox"/> CT検査(単純・造影・単純+造影) (部位など:)	血清CRE ()	<input type="checkbox"/> 未検	午前	時 分
	<input type="checkbox"/> MRI検査(単純・造影・単純+造影) (部位など:)	血清CRE ()	<input type="checkbox"/> 未検	午後	時 分
	<input type="checkbox"/> 内視鏡検査 (上部消化管 ・ 下部消化管)			午前	時 分
	<input type="checkbox"/> 尿素呼気試験 (ヘリコバクターピロリ菌)			午後	時 分
	<input type="checkbox"/> 超音波検査 (心臓 ・ 頸動脈 ・ 他:)			午前	時 分
	<input type="checkbox"/>			午後	時 分
読影	<input type="checkbox"/> 読影希望あり				
備考欄	※FAXにてご予約をお取りになる場合、希望日等ありましたらご記入ください。				

美濃市立美濃病院 (担当:地域支援室)

〒501-3746 美濃市中央4丁目3番地 TEL:代表0575-33-1221 FAX:0575-33-4724