

検査（内視鏡・生理検査）申込書

送信先 北信総合病院 医事課
 TEL 0269-23-2160
 FAX 0269-22-2812

平成 年 月 日
 紹介元医療機関
 所在地
 TEL - -
 医師氏名 ㊟

患 者	<small>フリガナ</small> 氏名	生年月日	M・T S・H	年 月 日	男・女
	住所	TEL 連絡場所TEL - -			

〔検査項目〕*該当項目に○印をつけて下さい。

内視鏡

上部消化管 (FGS)	特記事項 HBS () HCV () W氏 () アレルギー (有・無) (内容)
-------------	--

生理検査

1. 脳波	<input type="checkbox"/> HV <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> 睡眠 (自然・薬剤) 臨床診断・検査の要点の記入をお願いします。 []
2. 神経伝導速度	検査目的: 部位: [右 左] 上肢、[右 左] 下肢
3. 心エコー	検査目的 (HTN、DM、IHD)
4. ホルター心電図	検査目的 <input type="checkbox"/> 不整脈 () <input type="checkbox"/> 薬剤効果の評価 () <input type="checkbox"/> ST変化 () <input type="checkbox"/> その他 ()

(診療情報提供書)

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果 (検査結果別紙同封…有・無)
治療経過
処方状況

	来院予定日:	第一希望	月	日	時	分
		第二希望	月	日	時	分
保険情報	保険種類: 国保・社保・老人・公費 / 本人・家族					
	保険者番号			公費負担番号		
	記号・番号			受給者番号		