

検 査（生理検査）申 込 書

20 年 月 日

紹介先
北信総合病院 地域医療連携課
TEL 0269-23-2160
FAX 0269-22-2812

紹介元医療機関
所在地
TEL
医師氏名

患 者	フリガナ	生年月日	年	月	日	男	女
	氏 名	(歳)					
	住 所	T E L		—	—		
			携 帯 電 話		—	—	

〔検査項目〕*該当項目に○印をつけて下さい。

1 脳 波	☐ HV ☐ PS ☐ 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 ☐ 不整脈 () ☐ 薬剤効果の評価 () ☐ ST変化 () ☐ 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…有 ・ 無)
治療経過
処方内容

※次回貴院の予約日が決まっていればご記入ください。		年	月	日
来 院 予 定 日		年	月	日
		時	分	
保険情報	保険種別	国保 ・ 社保 ・ 高齢者(割) ・ 生保 ・ 交通事故 ・ 労災		
	保 険 者 番 号	公費負担番号		
	記 号 ・ 番 号	受給者番号		