

検査予約申込書（診療情報提供書）
FAX 送信先：078-302-2251 地域医療連携センター

令和 年 月 日 医療機関名：

神戸市立医療センター

中央市民病院宛 医師名：

【お問い合わせ先】

TEL：078-302-6031 住所：

電話・FAX：

フリガナ		生年月日	年 月 日 (才)
氏名 (旧姓)	男・女	TEL	
		当院受診歴	有 ・ 無
住所			
保険情報	【保険者番号】	【記号】	【番号】 本人・家族
	【公費負担番号】	【公費受給者番号】	【負担割合等】
	【公費負担番号】	【公費受給者番号】	【負担割合等】
検査希望日	① 月 日 時頃 ② 月 日 時頃 ③いつでも可		
<input type="checkbox"/> 骨塩定量	<input type="checkbox"/> 骨折（部位： ） <input type="checkbox"/> 人工骨頭（右・左） 治療薬（ ）		
<input type="checkbox"/> 脳波	記録法：（ <input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 精査 30分以上） 賦活（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有〈光・過呼吸〉） <input type="checkbox"/> 自然睡眠		
<input type="checkbox"/> 肺機能検査 (肺活量測定)	身長（ ） 体重（ ） 喫煙の有無： 無 ・ 有 ⇒（ 本/日 喫煙歴 年）		
<input type="checkbox"/> エコー	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胎児超音波（妊娠 18～30 週が対象です）		
来院方法（独歩・車イス・ストレッチャー）	感染症（ ）		
主訴・臨床診断・検査目的等（注意事項がありましたらご記入ください）			
診断名：			