

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									
検査希望日	①	月	日	時頃	②	月	日	時頃	③いつでも可
□骨塩定量	□骨折 (部位:) □人工骨頭 (右・左) 治療薬 ()								
□脳波	記録法: (□標準 □精査 30 分以上) 賦活 (□無 □有〈光・過呼吸〉) □自然睡眠								
□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)								
□エコー	□心臓 □腹部 □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:									