

# 診療情報提供書 兼 検査申込書 (他院医師記入用)

年 月 日

社会福祉法人 三井記念病院

地域医療部  
地域連携室

**FAX 03-3864-7901(直通)**

電話 03-3864-7900(地域連携室直通)

ホームページ <http://www.mitsuihosp.or.jp/>

貴医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

フリガナ 患者氏名	殿	明・大 昭・平	年 月 日	歳	男・女
フリガナ 現住所	(      -      )			電話 (      )	
三井記念病院受診歴	無 ・ 有		診察券番号		

※口にチェックしてください。

希望検査	<input type="checkbox"/> 心臓超音波	
	<input type="checkbox"/> 腹部超音波	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 大動脈周囲リンパ節 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> その他(      )
	<input type="checkbox"/> 表在超音波	<input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 上皮小体 <input type="checkbox"/> その他(      ) ※乳腺は別申込書となります。
	<input type="checkbox"/> 血管超音波	<input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 上肢動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 上肢静脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈血栓 <input type="checkbox"/> 下肢静脈瘤 <input type="checkbox"/> 腹部大動脈 <input type="checkbox"/> その他(      )
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> 呼吸機能 <input type="checkbox"/> その他(      )
希望日	第1希望 月 日(      ) 第2希望 月 日(      ) 第3希望 月 日(      )	

診断名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
病状 治療経過 検査結果	
処方	

本紙を、三井記念病院地域連携室(FAX:03-3864-7901)へご送信ください。