

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	大・昭 平・令	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	☐ 心臓超音波	
	☐ 腹部超音波	☐ 肝臓 ☐ 胆嚢 ☐ 膵臓 ☐ 脾臓 ☐ 腎臓 ☐ 大動脈周囲リンパ節 ☐ 膀胱 ☐ 前立腺 ☐ その他()
	☐ 表在超音波	☐ 甲状腺 ☐ 上皮小体 ☐ その他()
	☐ 血管超音波	☐ 頸動脈 ☐ 上肢動脈 ☐ 下肢動脈 ☐ 上肢静脈 ☐ 下肢静脈血栓 ☐ 下肢静脈瘤 ☐ 腹部大動脈 ☐ その他()
	☐ その他	☐ 骨塩定量 ☐ 呼吸機能 ☐ 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。

改訂 2023.06