

医療法人横浜平成会 平成横浜病院  
地域医療連携室宛  
TEL:045-860-1713(直通)  
FAX:045-860-1714(直通)

貴院名称

ご住所

月～金 17:00～20:00 TEL:045-860-1777(代表)  
土 12:00～14:00 FAX:045-860-1745(代表)

T E L  
F A X  
医師氏名



### 診察・検査依頼票

ふりがな 患者氏名	様		臨床診断
性別	生年月日	ご年齢	依頼目的
男・女	明治・大正・昭和・平成	歳	
	年 月 日		
第1希望	月 日 時 分		
第2希望	月 日 時 分		
第3希望	月 日 時 分		
当院受診歴	有 ・ 無		
診察券番号			
病名			

#### 検査依頼内容(各検査項目より、○ でお選び下さい)

C T (単純)	頭部 頸部 胸部 上腹部 下腹部 その他( ) パースメーカー(有・無) (撮れない場合があります)				
M R I	頭部 頸部 胸部 上腹部 下腹部 脊椎 四肢 その他( )				
M R A	頭部 その他( )				
超音波	心臓 頸動脈 上腹部 下腹部 乳房 頸部・甲状腺				
X線撮影	胸部 マンモグラフィ その他( ) パースメーカーの方は撮れません				
生理検査	心電図 ホルター心電図 その他( )				
	血圧脈波 呼吸機能検査 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td>肺気量分画(VC) フローボリュームカーブ(FVC)</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle;">身長</td> </tr> <tr> <td>肺拡散能力(DLco) 機能的残気量(FRC)</td> <td>体重</td> </tr> </table>	}	肺気量分画(VC) フローボリュームカーブ(FVC)	身長	肺拡散能力(DLco) 機能的残気量(FRC)
}	肺気量分画(VC) フローボリュームカーブ(FVC)		身長		
	肺拡散能力(DLco) 機能的残気量(FRC)	体重			
通信欄					