患者紹介状(診療情報提供書)　　臨床検査技術科検査共同利用専用

該当検査に「レ」(チェック)をして下さい。

貴院名　　医師名 ＴＥＬ　　ＦＡＸ			電話受付日　　月　　日（　）	
			読影希望　（□ 有　・　□ 無） ※エコーに関しては心臓・腹部のみ	
患者情報	フリガナ		予約日	月　　日　（　） 時　　分
	氏　　名	男 女		
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日		
	電話番号			
	当院受診歴　有（ID　　）　無			
脳波検査	□ 基礎（開閉眼） □ PS（光刺激） □ HV（過呼吸） □ 睡眠脳波		検査目的	
超音波検査	□ 腹部（□肝　□胆　□膵　□腎　□脾 □腹部大動脈 □膀胱　□前立腺　□子宮・卵巣） □ 心臓 □ 頚動脈 □ 乳腺 □ 甲状腺 □ 下肢静脈		検査目的	

臨床症状
（症状や疑われる疾患。検査に際して当方が留意すべき事があれば、ご記入下さい）

・手術歴　有（　　）
　　無

・感染症　有（　　）
　　無

その他　特記事項

検査の予約、検査に関する事につきましては、ご相談の上、日時を決めさせて頂きますので、
下記までお電話をお願い致します。

社会医療法人 ジャパンメディカルアライアンス
東埼玉総合病院　　臨床検査技術科　　０４８０－４０－１３１１(内線：1262)

電話受付時間　　月～金曜日　　９：００～１７：００
　　土曜日　　９：００～１２：００