

# 診療情報提供書

年 月 日

公立邑智病院

地域連携室

TEL:0855-95-2111

FAX:0855-95-2137

《FAX予約受付時間 平日・午前8:30～午後4:00》

\* 予約受付時間を過ぎてのお申し込みは  
翌診療日のお返事とさせていただきます。  
ご了承ください。

医療機関名

電話番号

FAX番号

医師名

㊞

下記の患者さんについてご連絡します。

ふりがな

患者氏名： 性別： 生年月日： 年 月 日 ( 歳)

住 所： 電 話：

保険者番号： 記号・番号： 取 得 日：

続 柄： ☐ 本人・☐ 家族 ( ) 負 担 割 合： ☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割

公 費 番 号： (負担者番号) (受給者番号)

疾 病 名：

紹 介 目 的：

申 込 検 査： ☐ CT検査 ☐ MRI検査 ☐ マンモグラフィ ☐ 骨密度

希 望 日： 年 月 日

撮 影 部 位： ☐ 造影あり ☐ 造影なし

☐ 頭部 ☐ 顔面 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤部 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 四肢

☐ その他 ( )

確 認 事 項： 造影の場合 **B u n** **C r** (検査実施日： 年 月 日 )

MRIの場合 ☐ ペースメーカー ☐ 脳動脈瘤クリップ ☐ 体内金属 ☐ 閉所恐怖症 ☐ 入れ墨

☐ 手術歴 ( )

症状経過・治療経過・既往歴・検査結果及び現在の処方

備 考