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

※CT・MRI検査の撮影追加及び注意点があれば記入してください

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　□頚椎　□胸椎　□腰椎　□四肢

□その他（　　）

確認事項：造影の場合　Bun　　Cr　　（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