

診療情報提供書

年 月 日

公立邑智病院

地域連携室

TEL:0855-95-2124(直通)

FAX:0855-95-2137(直通)

《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 :	<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族 ()	負担割合 :	<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 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