

検査用 診療情報提供書

紹介先
第一東和会病院
担当医
先生

紹介元
医療機関名 ・ 医師名
TEL :
FAX :

検査予定日
H 年 月 日
午前 午後
時 分

患者情報			
フリガナ		性別	住所・電話番号
患者氏名	様	男・女	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	年齢	歳
病名			
●依頼目的(特記事項)			

検査項目			
※☑をしっかりと付けてください。単純・造影はどちらか○で囲んでください。			その他 ※必要であれば具体的な図もご記入ください。
MRI	単純・造影	頭部[] 胸部[] 腹部[]	
CT	単純・造影	脊椎[] その他[]	
内視鏡	□大腸ファイバー □胃カメラ		
エコー	□肝 □胆 □脾 □膵 □腎 □子宮 □卵巣 □心 □頸動脈 □甲状腺 □その他 []		
その他	□ホルター心電図 □エルゴメーター □骨密度測定		

- ※目的臓器、部位は具体的に記入下さい。
- ※造影検査は、気管支喘息の患者様には原則として禁忌です。
- ※MRCPにおいて、ボースデル(経口造影剤)を使用する場合があります。

保険者番号		資格取得	年 月 日
記号・番号		有効期限	年 月 日
公費負担者番号		資格取得	年 月 日
公費受給者番号		有効期限	年 月 日
続柄	本人 ・ 家族	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
その他	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故(保険会社一括・自費) <input type="checkbox"/> 第三者行為(健保・自費)		



医療法人 東和会 **第一東和会病院** 地域連携室

TEL : (072)671-1118 FAX : (072)671-1090