

検査依頼書(診療情報提供書)

ご依頼日 年 月 日

笠松病院 行

ご依頼医療機関名

医師名

所在地

連絡先

予約日時

年 月 日 () 午前 午後 時 分～

ご依頼いただく患者さまの

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男 女	年 月 日
住所	〒 _____	連絡先	() _____
保険の種類	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 自費		

ご依頼内容

診断名	
主症状	
検査依頼	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT 画像提供方法 CD-R(<input type="checkbox"/> 検査当日手渡し <input type="checkbox"/> 郵送)
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上下腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部(肝～腎) <input type="checkbox"/> 下腹部(骨盤部) <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他()
撮影内容等について具体的指示があればご記入ください	
読影結果のレポートは後日郵送させていただきます。	

【ご依頼の医療機関の方へのお願い】

必要事項を記載の上、本書を FAX してください。原本は患者さまにお渡ししていただき、検査当日に忘れずにお持ちくださるようお願いいたします。検査当日までにカルテを作成したいので保険証、受給者証等のコピーを事前に FAX してください。

医療法人清友会 笠松病院

〒500-8288 岐阜市中鶉 3 丁目 11 番地 TEL 058-276-2881 FAX 058-276-3566