

# 診療情報提供書（検査依頼）

令和 年 月 日

ご紹介先

【公立八鹿病院】  
放射線科担当医

ご紹介元

【  
先生  
TEL  
FAX

患者様情報（八鹿病院のカルテ番号がお分かりになればご記入ください <No. >）

フリガナ	生年月日
氏名 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日（歳） <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令
住所 〒	連絡先 TEL - - 携帯 - -
保険情報	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災

目的、診断名及び検査部位（できるだけ詳しくお願いします）

目的	
診断名	
CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> 造影剤（ <input type="checkbox"/> 要、 <input type="checkbox"/> 不要 ）
MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 内耳道 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>

備考

\*薬剤アレルギー（有 ・ 無） \*妊娠の可能性（有 ・ 無）

FAX予約  電話予約（決定済）

第1希望 月 日 曜日 (決定日)	患者様のご都合のつなかない日がありましたら、 あらかじめお教えてください
第2希望 月 日 曜日	
<input type="checkbox"/> できるだけ早く（緊急性の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）	
<input type="checkbox"/> いつでも可	
<input type="checkbox"/> 未定（患者予約*予約方法の説明書もお渡しください）	