診療情報提供書（検査依頼）

平成　　年　　月

ご紹介先	ご紹介元
【公立八鹿病院】 放射線科担当医	【　　】 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　　男・女		明・大・昭・平　年　月　日（　歳）	
住所	〒	連絡先	TEL　－　－
			携帯　－　－
保険情報	□ 健康保険　□ 交通事故　□ 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	□頭部　□副鼻腔　□頚部　□胸部 □腹部　□骨盤　□その他（　　） 造影剤（ 要 ・ 不要 ）
MRI	□頭部　□副鼻腔　□内耳道　□頚部　□胸部 □腹部　□骨盤　□頚椎　□胸椎　□腰椎 □上肢　□下肢　□その他（　　）
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（予約日決定済）

第1希望　月　日　曜日 （決定日） 第2希望　月　日　曜日 □ できるだけ早く（緊急性の有無　□有　□無） □ いつでも可 □ 未定（患者予約＊予約方法の説明書もお渡し下さい）	患者様のご都合のつなかい日がありましたら、 あらかじめお教えください

〒667-8555　兵庫県養父市八鹿町八鹿1878番地1 公立八鹿病院　地域医療連携室
TEL 079-662-5555（代表）　FAX 079-662-3143（直通）