

診療情報提供書

紹介医療機関名 /	電話 ()
医師名 /	印
フリガナ:	生年月日 M・T・S・H 年 月 日
患者氏名:	様 男・女 旧姓で受診歴有の場合の氏名 ()
検査予約日:	月 日 () 午前・午後 時 分頃

緊急	至急	通常	検査所見 至急返送 : 要 (FAX)・不要
----	----	----	------------------------

検査依頼内容 (下記に記入下さい) **造影・放科一任は造影検査同意書が必要です。**

<p>・CT (単純・造影・放科一任 部位 / _____)</p> <p>・MR (単純・造影・放科一任) ★ペースメーカー装着者のMR検査は禁忌です★ 部位: 全脳ルーティン+MRA 全脳ルーティン+頭頸部 MRA 下垂体 頸部 上腹部 骨盤部 頸椎 胸椎 腰椎 他 (_____)</p> <p>*選択部位が複数ある場合、検査日を分けさせていただきます。</p> <p>・核医学検査 (骨シンチ・他 _____)</p> <p>・その他 (骨密度測定・ 他 _____)</p>
診断名:
既往症・現病歴・現症 <u>フィルムで御願います</u>
<p>《 造影・放射線科・一任の場合は、造影検査同意書が必要です 》</p>

当院使用欄 (月 日) 撮影室 _____ EX _____

CD / Film _____枚 医師 _____ 技師 _____ 看護師 _____

保 険 情 報 FAX 用 紙

紹介医療機関名 /	電話 ()
医師名 /	⑩
フリガナ:	生年月日 M・T・S・H 年 月 日
患者氏名:	様 男・女 旧姓で受診歴有の場合の氏名 ()
検査予約日:	月 日 () 午前・午後 時 分頃
患者住所	電話番号 ()

◆検査予約内容 ()

保険証情報 (記入もしくは、保険証などのコピーを FAX して頂いても可です)

保 險 の 主 情 報	保険の種類	1.社会保険 2.任意保険 3.国保 4.その他 (自賠責、労災、他)
	保険者番号	区分 1.本人 2.家族
	保険証の記号・番号	記号 番号
	保険証の資格取得日	平成 年 月 日
	保険証の有効年月日	平成 年 月 日迄
保 險 の 従 情 報	公費負担者番号	.
	公費受給者番号	.
	有効期限	平成 年 月 日～平成 年 月 日迄
	公費負担者番号	負担割合 割
	公費受給者番号	
有効期限	平成 年 月 日～平成 年 月 日迄	

お手数ですがご記入のうえ、072-469-7931 (りんくう総合医療センター
 地域医療連携室) まで FAX をお願いします。

当院使用欄 (月 日) 撮影室 EX

CD / Film 枚 医師 技師 看護師