

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	T・S・H・R 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
<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 /	印
フリガナ:	生年月日 T・S・H・R 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	年 月 日
	保険証の有効年月日	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	年 月 日～ 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	年 月 日～ 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_____