

紹介・検査依頼書(兼診療情報提供書)

※診察当日に患者さんにプリントアウトしたものを持参頂き、一部は貴医療機関様の保管用としてご利用下さい。

依頼日 年 月 日

依頼患者情報									
フリガナ				生 年 月 日	M T S H	年 月 日 歳			
氏名	男 女								
住所	電話番号 () -								
紹介元医療機関住所 施設名 診療科 医師名 担当の方 TEL FAX	先生 様			希望検査項目 即日可能検査 <input type="checkbox"/> 単純CT <input type="checkbox"/> CR撮影(デジタルレントゲン) 要予約検査 <input type="checkbox"/> 造影CT <input type="checkbox"/> MRI (お急ぎ即日希望の場合はお電話でご相談ください)					
検査部位									
今回の依頼は <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 他の検査まで <input type="checkbox"/> 加療まで <input type="checkbox"/> 入院希望				フィルムコピー		要 不要			
				希望日		検査 実施日		月 日	
				希望曜		月 火 水 木 金		月 日	
保 険	保険者番号	本人・家族 被保険者名 ()			老 人	老人番号	1・3割		
疾患名・既往歴									
検査目的・ご紹介の主旨									
病状経過及び検査結果・治療経過・薬物アレルギー(有 無) BUN (mg/dl) クレアチニン (mg/dl) ※必ずご記入ください									
現在の処方									
検査希望事項(ご記入無き場合は当院医師一任とさせていただきます)									
依頼先科名(内科・外科・循環器科・消化器科・泌尿器科・脳神経外科・整形外科) 希望医師 () Drへ (連絡済み 未)									

電話番号 0964-53-1656

FAX番号 0964-53-1657

済生会みすみ病院