

紹介・検査依頼書（兼診療情報提供書）

依頼日 年 月 日

※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 患 者							
フリガナ				生 年 月 日	T・S H・R	年 月 日 才	
氏 名			男・女				
住 所	電話 () -						
紹介元医療機関住所				希 望 検 査 項 目			
施設名				<input type="checkbox"/> 単純CT <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下さい。)			
診療科				検 査 部 位			
医師名			先生	画 像 デ ー タ (CD)	要	・	不 要
担当の方			様	読 影	要	・	不 要
TEL	FAX			希 望 日	年	月	日
今回の依頼は ○診察 ○検査のみ ○他検査まで ○加療まで ○入院希望				希 望 曜 日	(月 火 水 木 金)		
保 険	保 険 者 番 号		本 人 ・ 家 族 被 保 険 者 名 ()	後 期 高 齢	保 険 者 番 号		
	記 号 番 号				受 給 者 番 号	(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) ※造影検査をご希望の場合 は必ずご記入下さい。
現在の処方	
検査希望事項(ご記入なき場合は当院医師一任とさせていただきます)	
①一般外来：外科・内科・呼吸器内科・循環器内科・心臓血管外科・消化器内科・脳神経外科・腎臓内科 整形外科・泌尿器科・脳神経内科 希望Dr. ()	
②救急外来： () Dr.へ連絡 (済 ・ 未)	