**診療情報提供書(兼)検査依頼票**

(医療機関→ＦＡＸ→患者)

　　　年　　　月　　　日

**放射線科直通　FAX0797-23-1824**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| ご担当者様 |  |
| TEL |  |
| FAX |  |

＜検査希望日＞ ①　　 年　　 月　　 日( )

②　　 年　　 月　　 日( )

□本日検査希望

＜その他希望事項＞

＜予約確定日＞　 　　　年　　　月　　　日(　　)　　　時　　　分（電話等で決定している場合）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | 明・大昭・平 | 　　 年　　 月　　 日(　　 歳) |
| 患者氏名 | 様 |
| 住　　所 | 〒　　　　－ | TEL |  |
| **保険証を受診当日に持参するようご指導をお願いいたします。** |
| 検査予約 | □CT：部位（　　　　　　）　□MRI：部位（　　　　　　）　□単純　　□造影（クレアチニン値　　　　　　　　）□骨密度（利き手　右・左：体内金属　無・有（　　　　　　）　□読影要　 |
| 傷病名 |  |
| <既往歴・家族歴／経過及び検査結果／現在の処方等々> |
| 　　　　　 |
| ※救急車の場合はチェック→□救急車で来院 |  |
| 【外来除く】　認知症　→　　有　・　無 | 【外来除く】　ＡＤＬ　→　自立　・　要介助　・　寝たきり |
| 【来院方法】　独歩　　・　　車イス　　・　　ベッド | 【ペースメーカー】　有　　・　　無 |



〒659-0012芦屋市朝日ヶ丘町8番22号　電話0797-23-1771（代表）

電話0797-23-1797（放射線科）FAX0797-23-1824　(放射線科)