

診療情報提供書(兼)検査依頼票

年 月 日



放射線科直通 FAX0797-23-1824

医療機関名

<検査希望日> ① 年 月 日 ()
② 年 月 日 ()
 本日検査希望

ご担当者様

TEL

<その他希望事項>

FAX

<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	<input type="checkbox"/> CT : 部位 () <input type="checkbox"/> MRI : 部位 () <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 (クレアチニン値) <input type="checkbox"/> 骨密度 (利き手 右・左 : 体内金属 無・有 ()) <input type="checkbox"/> 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→ <input type="checkbox"/> 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)