診察・検査依頼票(診療情報提供書)

地域医療連携室専用 FAX 0568-62-8222

社会医療法人 志聖会
総合犬山中央病院
科　　　　　　先生

年　月　日

該当する項目にレ印

＊依頼 ☐診察 ☐検査

【希望日】 第一　年　月　日(　)　:
第二　年　月　日(　)　:
【都合が悪い日】　年　月　日(　)　:
年　月　日(　)　:
【希望なし】☐

医療機関名	
医師名	
TEL (　　) —	
FAX (　　) —	

患者氏名(フリガナ)	男・女
患者住所 〒　—	生年月日 M・T・S・H　年　月　日生 (　歳)
	TEL (　　) —
	携帯　—　—

＊病名・症状

☐ 別紙参照

＊処方内容等

☐ 別紙参照

☐胃カメラ ・ ☐CT ・ ☐MRI (単純・造影・ダイナミック)

☐マンモグラフィー ・ ☐RI(　　　　　　)シンチ

部位: 頭部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 頚椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ その他(　　　　　)

＊読影 ☐有 注:診察なし(放射線科医によるレポート及びCD-Rの提供) ☐無

＊画像コピー ☐CD-R ☐フィルム

2017/3/24地域医療連携室作成