診察・検査依頼票（診療情報提供書）

地域連携支援センター専用　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

医療機関名
医師名
TEL（　　）　　―   FAX（　　）　　―

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】□

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地域連携支援センター作成