

FAX (079)429-6400 へ送信願います。(医療機関 ⇒ 保健センター)

※本書は検査予約前日までに返信をお願いします。

※患者様の件でご連絡をさせていただく場合があります。休診日・時間外でも連絡のつく電話番号の記入をお願いいたします。

画像検査依頼書 (診療情報提供書)

年 月 日

公益財団法人
加古川総合保健センター診療所
福田 裕 宛て

医療機関名
医師名
※緊急連絡先

フリガナ				性別	生年月日			
氏名				男・女	M	T	S	H
					年	月	日	(歳)
住所	〒			電話番号 携帯電話				
予約日	確定日 (月 日 :)							
撮影部位 (CT単純)	<input type="checkbox"/> 頭部		<input type="checkbox"/> 腹部		<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰)			
	<input type="checkbox"/> 胸部		<input type="checkbox"/> 骨盤部					
	<input type="checkbox"/> 頸部		<input type="checkbox"/> 四肢 ()					
病名								
臨床所見 検査目的								
指示								
読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要							
結果報告 期日	※ 結果のご報告は撮影日より概ね1週間程度後になります。					来院方法		<input type="checkbox"/> 独歩
報告様式	<input type="checkbox"/> CD・DVD希望 <input type="checkbox"/> 地域連携BOX希望 <input type="checkbox"/> フィルム希望							<input type="checkbox"/> 歩行器
								<input type="checkbox"/> 車いす
								<input type="checkbox"/> その他
保険者番号		負担割合		公費負担者番号				
保険証記号		本人 家族	本人・家族	公費受給者番号				
保険証番号		有効期限		有効期限				

※公費の場合自己負担額 円