

診療情報提供書（検査依頼）

医療法人北晨会 恵み野病院
 地域医療連携室 宛
 〒061-1395
 恵庭市恵み野西2丁目3番5
 TEL (0123) 36-7555
 FAX (0123) 37-2660

記載年月日 平成 年 月 日
 御紹介元
 御住所
 医師御氏名
 TEL
 FAX

フリガナ		患者様	
患者様氏名	様(男・女)	住所	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 才	TEL	

<input type="checkbox"/> CT	頭部・胸部・上腹部・骨盤腔・その他（ ）
<input type="checkbox"/> MRI	頭部・頸部・椎体（ ）・四肢（ ）・肝臓・腎臓・骨盤腔・その他（ ）
<input type="checkbox"/> RI検査	検査依頼がございましたら医療連携室までお電話ください。
<input type="checkbox"/> 消化管バリウム	UGI・BE
<input type="checkbox"/> 消化管内視鏡	GIF・CF（感染症HBs・HCV・PRP・TPHA/抗凝固剤服用の有無についてご連絡下さい）
<input type="checkbox"/> その他の検査	<input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> 腹部エコー/頸部エコー <input type="checkbox"/> その他（ ）
既往歴	
症状・所見 検査目的等	
	<input type="checkbox"/> 大至急 <input type="checkbox"/> 早めに <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 特定日時希望（ 月 日 午前・午後）
患者様の状態	身長（ ）cm 体重（ ）kg 歩行可・車椅子・ストレッチャー
	感染症 未・無・有/HBs/HCV/TPHA/MRSA/他() 抗凝固剤の服用
	薬剤過敏 不明・無・有() 無・有()
	腎機能異常 不明・無・有() 造影剤過敏 不明・無・有()
	パ-ス-カ- 有・無 人工内耳 有・無 体内外金属 有・無()
要望事項 留意事項	

・枠内の項目をご記入の上、上記へ送信をお願いします。（電話連絡でも結構です。）

・15分程度で『予約票』患者様用をFAXにて返信させていただきます。

事前のカルテ作成で患者様の待ち時間が短縮できますので、保険の記入にご協力ください。

カルテの表紙のコピーでもかまいません。

保険者番号	公費負担者番号
記号	公費負担受給者番号
番号	
被扶養者氏名	公費負担者番号
続柄	公費負担受給者番号