

# 診療情報提供書（検査申込書）

社会医療法人 北農会 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 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	年 月 日	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	GS・CS（感染症HBs・HCV・RPR・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（ ）
	パースメーカー 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。
  - ・事前の加付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。
- 加付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