

診療情報提供書（検査申込書）

社会医療法人 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
御紹介元
御住所
医師御氏名
TEL
FAX

年 月 日

フリガナ			
患者様氏名	様 (男・女)	患者様 住所	
生年月日	年 月 日	才	携帯 自宅

☐ CT	頭部・胸部・上腹部・骨盤腔・その他 ()		
☐ MRI	頭部・頸部・椎体 ()・四肢 ()・肝臓・腎臓・骨盤腔・その他 ()		
CT・MRI検査選択	単純・併用・造影・恵み野病院で判断		
☐ RI検査 (骨ツチ)			
☐ 消化管バリウム	UGI・BE		
☐ 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)		
☐ その他の検査	☐ 骨密度測定 ☐ 腹部エコー/頸部エコー ☐ その他 ()		
クレアチニン値	() 検査日より1年以内で直近の値		
症状・所見 検査目的 既往歴等			
	☐ 大至急 ☐ 早めに ☐ 特になし ☐ 特定日時希望 (月 日 午前・午後)		
	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 ()	
	造影剤過敏 不明・無・有 ()	刺青・アトピー 無・有 ()	
	ペースメーカー 無・有	人工内耳 無・有	体内外金属 無・有 ()
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	

*記載内容などで確認させていただきたい内容がある場合、お電話をさせていただくことがございます。
お忙しいところ恐れ入りますが御協力のほどお願い申し上げます。