検査予約依頼書及び診療情報提供書

年　　月　　日

大阪医科薬科大学三島南病院

地域医療連携室 行

医療機関名

高槻市玉川新町８－１　　受付時間（FAXは24時間受付）　　医　師　名

TEL 072－677－1337（直通）　月～金曜日　9時から16時50分　　TEL

FAX 072－677－3366（直通）　土曜日　9時から12時00分　　FAX

※ ご記入の上、検査予約依頼書及び診療情報提供書、保険情報を当院までFAXしてください。

● 患者情報

フリガナ	大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）男 ・ 女
患者氏名	現住所　〒　　－ TEL　　－　　－

● 保険情報　※ 保険情報のコピーをいただいた場合は以下の記入は不要です。

保険者番号		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号	

● 検査種　**※MRI及び造影検査時は問診票が必要です。**

☐ CT　　☐ MRI　→　☐ 造影希望（ CT ・ MRI ）

☐ 心臓エコー　☐ 腹部エコー　☐ 頚部エコー　☐ ホルター心電図

☐ 骨密度測定　☐ その他（　　）

● 撮影部位	● その他伝達事項

● 画像出力（CD-R）

☐ 希望する　（ ☐ 紹介元へ郵送　☐ 患者様に手渡し ）

● 所見及び受診

☐ 所見希望　☐ 受診希望　（ 診療科 ＿＿＿＿＿＿ 科　医師 ＿＿＿＿ 医師 ）

● 希望検査日

第1希望　　年　　月　　日（　）　　：

第2希望　　年　　月　　日（　）　　：

傷病名

紹介目的

現在の処方

令和6年3月　改訂
地域医療連携室