

診療情報提供書（検査予約専用）

FAX送信日 平成 年 月 日

医療法人 福田病院
地域医療連携福祉相談室 行
TEL 0944-87-5757
FAX 0944-87-8627

医療機関名	
所在地	
医師氏名	
電話番号	()
FAX番号	()

医師氏名 _____ 先生

◆ 検査予約希望日時 ※時間は第3希望までご記入下さい。

平成	年	月	日
①	午前・午後	時	分
②	午前・午後	時	分
③	午前・午後	時	分

CT・MRI・上部内視鏡検査：月～土曜日の9:00～18:00

下部内視鏡検査：予約前に電話にて検査日をご確認下さい。

★検査予約決定日時★

平成	年	月	日	午前・午後	時	分
----	---	---	---	-------	---	---

◆ 患者様情報 ※福田病院における受診歴（有・無）

フリガナ			※生年月日		※性別
※氏名	旧性()		明・大・昭・平 年 月 日 歳		男・女
住所	〒 - 県 市・郡 区・町				
電話番号	- -		携帯番号	- -	
保険者番号			記号・番号	.	
被保険者氏名			続柄	有効期間	年 月 日
①公費負担者番号			受給者番号		
②公費負担者番号			受給者番号		

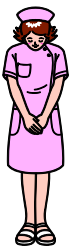
●保険証等のご記入は、ご面倒であれば結構です。（※の部分は、必ずご記入下さい。）

◆ 検査内容

検査	造影	撮影部位					
CT	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 腹部～骨盤
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頸部～胸部	<input type="checkbox"/> 胸部～腹部	<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤	<input type="checkbox"/> その他()		
MRI	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 Iのみ	<input type="checkbox"/> 頭部 A+I	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> その他()	
<input type="checkbox"/> 内視鏡検査		<input type="checkbox"/> 上部		<input type="checkbox"/> 下部			

◆ 紹介目的

※検査目的を記入して下さい。



備考： ・フィルム貸出希望（する・しない） ・読影希望（する・しない）（至急・通常）※するの場合のみ。