診療情報提供書（高額医療機器利用申し込み）

（様式1-4）

JA北海道厚生連帯広厚生病院　　令和　　年　　月　　日

地 域 医 療 連 携 室 御中

〒080-0024

帯広市西14条南10丁目1番地

地域連携室直通　FAX　(0155)65-0136

地域連携室直通　TEL　(0155)65-5080

代表　TEL(0155)65-0101　内線2111

依頼医師

住所

名称

医師氏名　　印

電話

FAX

フリガナ		住　所	
氏　名	男　・　女		
生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日(　　才)	電話	(　　)　　－

放射線科

日程の希望のある方は複数日、都合の悪い日がある方はお知らせください ①　　月　　日　希望　　都合悪い日 ②　　月　　日　希望 ③　　月　　日　希望 MRIは申し込日から2週間前後の検査日になります	厚生病院受診歴 有　　無

紹介 目的	以下の検査を依頼します □CT　　□MRI　　□シンチ（RI） ＊CT・MRI・RIは検査依頼書も添付して下さい ＊RI検査について、読影所見の問い合わせの返答には時間を要する場合がございます。
傷病名	□依頼書に記載のとおり □その他
検査目的 症状 既往歴 家族歴 検査結果 治療過程 処方内容等	□依頼書に記載のとおり □その他
患者の状態	・歩行可能　　・車椅子　　・ストレッチャー
備　考	

入院の有無	1. 入院中　　2. 施設入所中（施設名：　　）