

診療情報提供書(高額医療機器利用申し込み)

(様式1-4)

令和 年 月 日

JA北海道厚生連帯広厚生病院

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

電話

FAX

印

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は申し込み日から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 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> シンチ(RI) *CT・MRI・RIは検査依頼書も添付して下さい
傷病名	<input type="checkbox"/> 依頼書に記載のとおり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 依頼書に記載のとおり <input type="checkbox"/> その他
患者の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 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:)
-------	-----------------------------