

### 診療情報提供書

初診 再診

受診日 令和 年 月 日

科宛

申込日 令和 年 月 日

( ) 医師

依頼医療機関  (担当医師 TEL・FAX  先生)
---

フリガナ		保 険	保 険 番 号		本人・家族
患者氏名	男 旧姓( ) 女		記 号 番 号		
生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日	公 費	公 費 番 号		
			受給者番号		
住 所	TEL ( ) -				

依頼項目 MRI・CT・内視鏡検査(上部・下部)

〈CT〉 検査部位(頭部・頭頸部・頸部・胸部・上腹部・骨盤部・脊椎・四肢・その他( ))  
造影CT(有・無)(dynamic study・点滴静注法) 撮像内容希望事項( )  
〈MRI〉 検査部位(頭部・頸部・胸部・上腹部・骨盤部・脊椎・四肢・その他( ))  
撮像方向(横断像・矢状断像・冠状断像)(複数可) 造影MRI(Gd-DTPA;SPIO)(有・無)  
特殊検査 dynamic study MR angiography・MRCP・その他( )  
※腹部の造影検査時は絶食の指示をお願いします。(腹部以外の撮影では絶食の必要はありません)  
※検査前のチェック項目:アレルギー(有・無), 妊娠(有・無), HB(+・-・不明), HCV(+・-・不明)  
BUN( ), クレアチニン( ) ※腎障害の患者様のみ

※フィルムコピー 郵送 手渡し  
必要  フィルム    
不要  レポート

主訴及び傷病名

既往歴

症状経過及び治療経過、検査結果等

現在の処方

### 診療情報提供書

初診 再診

受診日 令和 年 月 日

科宛

申込日 令和 年 月 日

( ) 医師

依頼医療機関 (担当医師 TEL・FAX 先生)
-----------------------------------

フリガナ		保 険	保 険 番 号		本人・家族
患者氏名	旧姓( ) 男 女		記 号 番 号		
生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日	公 費	公 費 番 号		
			受給者番号		

住 所	TEL ( ) -
-----	-----------

依頼項目 MRI・CT・内視鏡検査(上部・下部)

〈CT〉 検査部位(頭部・頭頸部・頸部・胸部・上腹部・骨盤部・脊椎・四肢・その他( ))  
造影CT(有・無)(dynamic study・点滴静注法) 撮像内容希望事項( )

〈MRI〉 検査部位(頭部・頸部・胸部・上腹部・骨盤部・脊椎・四肢・その他( ))  
撮像方向(横断像・矢状断像・冠状断像)(複数可) 造影MRI(Gd-DTPA;SPIO)(有・無)  
特殊検査 dynamic study MR angiography・MRCP・その他( )

※腹部の造影検査時は絶食の指示をお願いします。(腹部以外の撮影では絶食の必要はありません)  
※検査前のチェック項目:アレルギー(有・無), 妊娠(有・無), HB(+・-・不明), HCV(+・-・不明)  
BUN( ), クレアチニン( ) ※腎障害の患者様のみ

※フィルムコピー 郵送 手渡し  
必要  フィルム    
不要  レポート

主訴及び傷病名

既往歴

症状経過及び治療経過、検査結果等

現在の処方

### 診療予約申込書

初診 再診

受診日 令和 年 月 日

科宛

申込日 令和 年 月 日

( ) 医師

依頼医療機関	
(担当医師	先生)
TEL・FAX	

フリガナ		保 険	保 険 番 号		本人・家族
患者氏名	旧姓( )	男	記 号 番 号		
生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日	女	公 費 番 号		
住 所	TEL ( ) -				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 入院希望 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 精査 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 定期診察 <input type="checkbox"/> 指導 <input type="checkbox"/> 情報の提供 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 内視鏡検査(上部・下部) <input type="checkbox"/> その他 ( )				

《医療機関へのお願い》

- ①カルテを事前に準備いたしますので、お手数ですが患者氏名(旧姓)・生年月日・性別・住所・電話番号等の記入をお願いします。
- ②この診療予約申込書(様式3)と診療情報提供書(様式1)は、当日患者さんに持たせてください。
- ③患者さん確認のため健康保険証を御持参されますようお願いいたします。

《連絡先》24時間受付対応

昼間(8:15~17:00)

夜間(17:00~8:15)

FAX 0942-42-1856 (地域医療支援室)

FAX 0942-53-8117 (医事課)

TEL 0942-53-7511 (代表)

該当する項目に☑をつけてください。

レントゲンの持参(☐有・☐無)

保険診療

自賠 保険会社名:

TEL:

労災

在宅時医学総合管理料算定している患者。

在宅時医学総合管理料算定している患者で、緊急入院先を筑後市立病院にしている。

後期高齢者診療料算定している。