



検査依頼状(診療情報提供書)

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

佐々総合病院 地域医療連携課宛

予約日時 月 日( )

午前・午後 :

紹介元医療機関

所在地

TEL

FAX

担当医師

患者基本情報			
フリガナ	性別 男 女	受診歴 有 無	
氏名	生年月日	M T S H 年 月 日	
住所 〒 -	電話番号 ( )		

診療情報 ※紹介目的(簡単にお知らせ下さい)

検査名・部位・撮影方法・記録媒体を下記項目から選択して○で囲んでください			
検査	部位・種類	撮影方法	記録媒体 (データ出力)
MRI	頭部 頸部 胸部 骨盤部 腹部 下肢血管 頸動脈 脊椎( ) 四肢( ) 他( )	単純 造影 MRA	CD  フィルム
CT	頭部 頸部 胸部 腹部 四肢( ) 骨盤部 脊椎( ) 他( )	単純 造影	
内視鏡検査	上部消化管 ※同意書が必要		
生理学検査	心エコー 頸部エコー 頸動脈エコー 甲状腺エコー 腹部エコー		
その他	血圧脈波 骨密度		

保険証等情報※保険証のコピーでも結構です。				
主保険		本人	公費負担者番号	1割
記号・番号		家族	公費受給者番号	3割