**診療情報提供書（兼）診療申込書**

令和　　　年　　　月　　　日

**TEL番号　０５６２－８８－３０１０**

**FAX番号　０５６２－４６－３３０９**

**国立長寿医療研究センター　地域医療連携室　御中**

**医療機関名**

**及び住所**

**電話番号**

**FAX番号**

**医師名**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平　　 年　　月　　日（　　　　　歳） |
| 患者氏名 |  | 男 ・ 女 |
| 住　　 所電 話 番 号 | 〒 TEL |
| 当院受診歴 | □ なし　　□ 不明　　□ あり　（診察券番号：　　　　　　　　　） |

**◎診療依頼内容**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診察希望日 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　） | □ 指定なし |
| 診 療 科 |  　科 | 医師指定 | 氏名　　　　　　　　　 □ 指定なし |

**◎放射線関係　（ 検査・診察 ）依頼**

|  |  |
| --- | --- |
| 放射線予約 | □ ＭＲＩ　　□ ＣＴ　　□ SPECT-CT　　□ PET-CT　　□ 骨密度→ □ 緊急読影希望（当日送付）　□ 読影希望　　□ 読影不要（撮影のみ）※緊急（当日）で画像診断レポートの送付を希望される医療機関様につきましては、地域医療連携室（直通TEL：0562-88-3010）にご連絡ください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 診 断 名 |  |
| 紹介目的 |  |
| 経 過・検査成績処 置 等 | □別紙診療情報提供書のとおり |
|  |
| その他 | 患者についての留意事項　（薬物アレルギー・感染症・既往歴等） |