

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	明・大・昭・平
患者氏名		男・女	月日	年 月 日
				(歳)
住 所	〒			
電 話 番 号	TEL			
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (診察券番号:)			

◎診療依頼内容

診察希望日	令和 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 指定なし
診 療 科	科 医師指定 氏名	<input type="checkbox"/> 指定なし

◎放射線関係 (検査・診察) 依頼

放射線予約	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> アイソトープ <input type="checkbox"/> その他()
-------	--

診断名	
紹介目的	
経過・ 検査成績 処置等	<input type="checkbox"/> 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)