

# 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	<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"/> SPECT-CT <input type="checkbox"/> PET-CT <input type="checkbox"/> 骨密度 → <input type="checkbox"/> 緊急読影希望 (当日送付) <input type="checkbox"/> 読影希望 <input type="checkbox"/> 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	<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)