



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