＊ *FAX送付後、当日医事課 初診窓口に提出して下さい。*

紹介状　　診療情報提供書

年　月　日

内科　・　整形外科
（希望する科を囲んでください）

検査予約日
年　月　日
午前・午後　時　分

医療機関名	
所在地	
医師氏名	
電話番号	－　－
FAX 番号	－　－

＊複数の検査依頼の場合、予約日については当院よりご連絡（FAX)いたします。

検査内容	造　影	部位　検査部位チェックお願いします
（　）ＣＴ （　）ＭＲＩ	（　）する （　）しない	（　）頭部　（　）頚部　（　）腹部 （　）頚椎　（　）胸椎　（　）腰椎 （　）胸部　（　）骨盤　（　）MRCP その他（　　）
・脳波	・エコー	・眼底カメラ　・ホルター心電図

フリガナ　（　　）
患者氏名（　　）　性別（男・女）
生年月日（明・大・昭・平・令）　年　月　日　　歳　体重　　Kg
住　所（　　）
電話番号（　　－　　－　　）

公費負担者番号		保険者番号	
受給者番号		記号・番号	・
負担　割合	・３割　・２割　・１割	被保険者との続柄	本人　・　家族

主訴：臨床診断
検査目的、　その他（注意事項、患者様に関する留意点等）
備考（内服薬等）

＊必要がある場合は画像診断フィルム、検査記録を添付して下さい。

検査結果に関して（ ○ ）チェックお願い致します。
《 ＣＤ－Ｒコピー 》　希望　（する・しない）　《 読 影・判 読 》 希望　（する・しない）
当日渡し　（する・しない）

＊結果について翌日　郵送する　・　受け取り　（ 当院受付 ）

【 オプション（有償）】　早急な読影　希望　（する・しない）

＊.1 ＣＤ－Ｒコピー代金の発生
ご負担はありません

＊.2【オプション】は自費負担金を
窓口にて¥550いただきます
患者様にご了解を受けて下さい。

裾 野 赤 十 字 病 院
〒410-1118
静岡県裾野市佐野 ７１３
ＴＥＬ　０５５－９９２－０００８
ＦＡＸ　０５５－９９３－７１４０

2023年　9月　改訂