

診療情報提供書(FAX紹介予約申込書)

年 月 日

松下記念病院 放射線科

医療機関名

医師氏名

⑩

住 所

電話番号

FAX番号

WEB 予約済

患 者	フリガナ	生年	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年 月 日
	氏 名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	月日	<input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 (歳)
今までに松下記念病院を受診したことが		<input type="checkbox"/> あります <input type="checkbox"/> ありません		

検査内容 1枚1検査で お願いします	<input type="checkbox"/> CT 造影: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	部位	
	<input type="checkbox"/> MRI 造影: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有		
	※造影有の場合、直近の血液データ(Cr 値)が必要となります。Cr 値:()測定日:()		
	★造影剤使用不可と判断した場合、単純撮影に変更する場合があります。 ご了承ください。		
<input type="checkbox"/> 一般撮影	<input type="checkbox"/> 消化管撮影	<input type="checkbox"/> 乳房撮影	<input type="checkbox"/> 骨塩定量
<input type="checkbox"/> RI 検査(PET 検査以外)	<input type="checkbox"/> その他()		
① 傷 病 名			
② 紹介目的			
③ 既 往 歴 家 族 歴			
④ 症状経過 検査結果 治療経過 等			
⑤ 処 方			
添付資料	<input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム		

上記検査における必要性(正当化)を患者様に説明済みですので検査の実施をお願いします。

受診希望日 年 月 日 () 希望

患者様が待機されている等 FAX 受信後、直ちに連絡の必要がありますか? 有

備考: 予約申し込みの FAX 送信は来院希望日前日までの、平日8:30~17:00にお願いいたします。

松下記念病院 患者支援連携センター

〒570-8540 守口市外島町5番55号 直通 TEL (06)6992-5373