

## 検査依頼状（診療情報提供書）

FAX送信用

年 月 日

衣笠病院

紹介元医療機関名：

当院受診歴（有・無）

所在地：

検査予約日： 年 月 日（ ） TEL：

検査予約時間：AM・PM 時 分 FAX：

担当医師：

保険区分	健康保険 ・ 自賠 ・ 労災 ・ その他（ ）		
ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者氏名			
生年月日	年 月 日（ 歳）		
ご住所・連絡先	自宅		
〒	携帯		
	※日中繋がる連絡先をお願いします		

※放射線検査について、下記の電話番号から患者さんに直接確認事項のご連絡をさせていただく場合がございます。ご了承ください。衣笠病院代表番号：046-852-1182

検査区分※MRI・MRA別紙同意書あり		造影 ※造影あり別紙同意書あり		
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
依頼検査部位	頭部		頸部	
	胸部		腹部	
	骨盤		脊椎	
	上肢		下肢	
	その他			
傷病名・紹介目的				
検査項目と臨床情報				
現在の処方・備考				