

診療情報提供書
(紹介患者様 FAX用紙)

平成 年 月 日

大西脳神経外科病院
担当医宛

(FAX) 078-938-0399

(TEL) 078-938-1288

※患者氏名、ふりがな、性別、生年月日
診断名は必ずご記入下さい。

紹介元医療機関の所在地・名称

医師ご芳名

TEL

FAX

ふりがな

患者氏名

男・女 M・T・S・H 年 月 日生
健康保険 生活保護 保険外()

◎ 診断名 : 脳梗塞疑
(必ずご記入ください) 定期検査
その他

◎ 依頼内容 : 診察
検査から診察・・・【検査内容と部位】
* MRI 脳 / 頸椎 / 胸椎 / 腰椎 / 他()
* MRA
* CT 脳 / 頸椎 / 胸椎 / 腰椎 / 他()
* エコー 心 / 頸部 / 胸部 / 他()
* その他 ()
入院

(上記依頼について、コピーフィルムの要否・・・要(CD・フィルム)・不要)
※要の場合、患者負担1050円(税込)が発生します。

◎ その他 御希望がございましたら御記入下さい

◎ 診察・検査希望日 : 第1 月 日 / 第2 月 日

★必ずチェックしてください

◎ 体内金属の有無 : ① ペースメーカー (有・無)
② その他の部位 (有・無) 具体的に 部位:
材質:

(返信)

上記依頼の件、

月 日 時 分

* 検査開始時間 時 分頃

* 診察開始時間 時 分頃

に、**保険証持参のうえ**御来院下さい。

※貴院にて最近、血液検査、心電図検査などを施行しておられましたら、結果をFAXいただければ幸いです。また、投薬内容も合わせてお知らせください。お手数おかけいたしますが、宜しくお願い致します。

平日17:00以降、及び土・日・祝日到着分のFAXは、回答が翌平日になりますので、
ご了承頂きますよう、よろしくお願い致します。至急検査を御希望の場合は、当直医に直接
お電話下さい。(078-938-1238より、当直医のPHSにつながさせていただきます。)