

診療情報提供書
(紹介患者様 FAX用紙)

平成 年 月 日

いつもお世話になっており、ありがとうございます。
FAX予約用紙の記入について、お願い申し上げます。
スムーズな連携のため、ご協力をよろしくお願いいたします。

※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。

医師ご芳名

TEL

FAX

ふりがな
患者氏名

男・女 M・T・S・H 年 月 日
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

- ・患者氏名の「ふりがな」は忘れずご記入お願いいたします。
- ・男女、生年月日のご記入は忘れずお願いいたします。
- ・健康保険等につきましては、番号などを記入いただく必要はありません。該当するところにチェックのみお願いいたします。

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()

- ・希望の医師がいる場合は、必ずご記入ください。
- ・希望日について、いつでも良い場合は希望日の欄に斜線を入れていただければ、こちらで判断いたします。(いつでもいい、などの記入は必ずしも必要ありません)

※必要の場合、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)

・クモ膜下出血、脳出血、水頭症などの後に脳室腹腔シャントをさせて頂いている患者さまはMRIを受けて頂く際に注意が必要になります。該当する患者さまでしたら、ご記入をお願いいたします。

※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。

お手数ではございますが上記宛までFAXして下さい。担当医より折返し御連絡させていただきます。尚、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、宜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につながります。)

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(TEL) 078-938-0399

紹介元医療機関の所在地・名称

※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。

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。

お手数ではございますが上記宛までFAXして下さい。担当医より折返し御連絡させていただきます。尚、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につながります。)