

## 検査依頼書（診療情報提供書）

社会医療法人盛和会  
 本田病院 地域医療連携室 宛  
 TEL:06-6939-6346  
 FAX:06-6939-6350

(紹介元医療機関)

住所  
 医療機関名称  
 医師名  
 TEL・FAX

MRI    頭部    MRA    頸部    胸部    腹部    骨盤部    四肢 (        )

脊髄 ( 頸椎    胸椎    腰仙椎 )    副鼻腔    その他

☆造影    あり    なし

---

CT    頭部    頸部    胸部    腹部    上肢    下肢    その他

☆造影    あり    なし

---

エコー    心臓    腹部    下肢静脈    下肢動脈    頸動脈    関節 (        )

上肢動脈    乳腺    甲状腺

---

胃内視鏡 (火、水、木、土のAMのみ)

☆抗凝固剤 ( あり なし )    抗血小板薬 ( あり なし )

---

骨塩定量    マンモグラフィー

\*画像データ CD-R    フィルム

\*検査希望日    平成        年        月        日 (AM・PM)        時ごろ

傷病名 \_\_\_\_\_

検査目的 \_\_\_\_\_

ふりがな	男	生年月日
患者氏名	女	大・昭・平        年        月        日生
住所 (〒        -        )		TEL        (        )
保険者番号		公    負担者番号
記号	番号	費    受給者番号
有効期限        年        月        日		有効期限        年        月        日

一部負担金割合【1割 2割 3割】 ※保険証を FAX して頂ければ、上記欄の記載は不要です。

\*予約がとれましたら問診票、同意書等の書類を FAX にて送付させていただきます。

問診票の内容によっては検査できない場合もございますので事前にご確認ください。

\*FAX での受け付けは 17 時までとさせていただきます。

17 時以降でもお急ぎの場合はお電話 (06-6939-6251) にて承らせていただきます。