

検査・PEG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	

<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 四肢（ <input type="checkbox"/> 脊椎（ <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾部）	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> その他
*月・木（9時～17時）、火・水・金（9時～16時）、土（9時～11時）									
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> その他	☆造影 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
*月～金（9時～16時30分）、土（9時～12時）									
<input type="checkbox"/> エコー	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 下肢静脈	<input type="checkbox"/> 下肢動脈	<input type="checkbox"/> 頸動脈	<input type="checkbox"/> 甲状腺			
*月～金（9時～16時30分）、土（9時～12時）									
<input type="checkbox"/> 乳腺エコー	*乳腺外来にて対応（毎週土曜日AM）								
<input type="checkbox"/> 胃内視鏡	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡	<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡							
*胃内視鏡：火・金・土（AM）、大腸内視鏡：火（AM）、金（AM・PM）									
<input type="checkbox"/> 骨塩定量	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー	*月～金（9時～16時30分）、土（9時～12時）							
<input type="checkbox"/> PEG造設	*金（PM）		<input type="checkbox"/> PEG交換	*火（AM）、金（AM・PM）					

※画像データ CD-R フィルム

※検査希望日時

① 時 月 日	② 時 月 日
---------	---------

傷病名

検査目的

ふりがな		生年月日	
患者氏名		大・昭・平 年 月 日生	
住所（〒 - ）			
TEL			
保険者番号		負担者番号	
記号	記号	公費	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。

※MRI 予約時は、必ず「MRI 問診票」を添付のうえFAX送付をお願い致します。
 （問診票未受領、問診票記載内容不適合、問診確認医師欄サイン無しの場合、検査をお断りする可能性があります）
 ※予約がとれましたら予約票兼検査説明書をFAXにて送付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）にて承らせて頂きます。