

### 診療情報提供書(紹介状)

市立甲府病院  
甲府市増坪町336番地

医療機関名  
所在地  
医師名  
電話番号  
F A X

患者様事項	
フリガナ 氏名 _____	生年月日 M・T・S・H・R _____ 年 月 日( 才) 男・女
住所 _____	電話 ( ) _____
当院受診歴 無・有 (ID番号: _____)	
受診科名 _____	予約希望日 第1希望 _____ 年 月 日 第2希望 _____ 年 月 日
希望医師名 _____	<input type="checkbox"/> 特に希望日なし
◎紹介目的 <input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療・観察 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> ホルター心電図	
◎検査のみ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI( ) <input type="checkbox"/> その他( ) 撮影部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> ( )関節 <input type="checkbox"/> インプラント( <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 上下顎 ) <input type="checkbox"/> その他( ) 造 影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 画像引渡し <input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> フィルム	
◎患者様の病名または症状	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 90%; margin: 0 auto;">            </div>	
【既往歴及び家族歴、病状経過、検査結果、現在の処方、検査目的、希望事項等】	