

診療情報提供書(紹介状)

市立甲府病院
甲府市増坪町366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 _____			生年月日 M・T・S・H・R _____ 年 月 日(才)		
	氏名 _____			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						
【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】						