

診療情報提供書（控）

星ヶ丘厚生年金病院
地域医療連絡室 行
TEL 0120-840-274

ご紹介元
医療機関名
ご住所
TEL
FAX

科

*担当医の希望があればご記入ください

医師名 _____ 先生

1. ご紹介患者さま 当院受診歴 なし あり

ふりがな	大・昭・平	年	月	日生（	歳）	男・女
患者氏名 (本人・家族)	現住所	TEL（	—	—	）	
保険者番号	公費負担番号					
記号・番号	受給者番号					

保険証・医療証のコピーがあれば上記番号記入は不要です。

2. 診察及び検査希望日
希望曜日
 なし あり（ 年 月 日）
（ ）曜日 AM・PM・（ ）時頃
3. 依頼内容 外来受診 検査予約

受診目的	コメント
検査目的	
既往歴	
症状	
治療経過	
検査結果 現在の処方	

検査項目（検査予約の場合は下記にご記入ください）

<input type="checkbox"/> CT（単純・造影）	頭部・胸部・心臓・腹部・骨盤・脊椎・四肢（
<input type="checkbox"/> MRI（単純・造影）	MRA・MRCP・前立腺・腎後腹膜・その他（
<input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 注腸	<input type="checkbox"/> 核医学検査（
<input type="checkbox"/> 骨密度測定 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> その他	（
<input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡（前処置が必要です）	
必須）内視鏡検査の場合：感染症の有無 HBs 抗原（） HCV 抗体（） Wa 反応（）	
<input type="checkbox"/> 腹部超音波検査	<input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 <input type="checkbox"/> 脳波