

# 天心堂への 診療情報提供 ・ 検査依頼書

依頼先（内科 / 循環器科 / 胃腸科 / 外科 / 小児科 / 整形外科 / 眼科 / 泌尿器科 / 総合リハビリテーション科 / 麻酔科 / ）  
 希望医師名（ ）

患者	フリガナ	生年月日	M・T	年	月	日	才
	氏名		男・女	S・H			
	住所	電話（ ）－					

現在の受診形態  外来  訪問診療  施設入所  その他（ ）

紹介元		① 希望検査項目〔 目的 〕 ② CT / MRI検査手技 ・CT検査：単純検査      単純＋造影検査      造影検査のみ ・MRI検査：単純検査      単純＋造影検査      造影検査のみ ※下記の検査及び治療を希望される場合には、事前の電話予約をお願い致します。 CT・MRI・BE・DIP・骨密度・マンモグラフィー GF・CF・腹部エコー・頸部エコー・心エコー 体外衝撃波結石破碎装置による治療・透析治療 心臓カテーテル検査及び治療
-----	--	--

紹介主旨	診察	検査	検査・診療	月	日	検査	月	日
	加療	入院希望	希望日			実施日		
			Film出力： 要 ・ 不要			C D		

疾患名 / 既往歴 / 薬物アレルギーの有無 / 造影剤の禁忌 ※造影剤を使用する場合は、必ずこの欄の記入を、お願いします。	現在の処方
症状経過及び検査結果 / 治療経過	
その他希望事項（ご記入なき場合は当院医師に一任させていただきます）	

保険	保険番号	本人・家族	公費	公費番号
	記号番号			受給者番号
保険取得年月日 / 有効期限			労災保険：自賠責保険：その他（ ）	
年 月 日 ~ 年 月 日				

(地域連携室) TEL 097-597-5812 FAX 097-597-3667  
 天心堂 へつぎ 病院 (病院代表) TEL 097-597-5777  
 (放射線科) FAX 097-597-4648

一枚目は必要事項をご記入の上、FAXしてください。 二枚目(水色)以降は患者さんにお渡しください。