検査依頼書　兼　診療情報提供書

紹介先医療機関

医療法人　桜希会　東朋八尾病院

診療申込科　　科

希望医師名　　医師

紹介元医療機関

医療機関名

住所

医師名

TEL

FAX

フリガナ		性別	生年月日
患者様氏名		□ 男 □ 女	明治・大正・昭和・平成 年　月　日生（満　歳）
住所			電話番号
現在の状況	□ 入院中　□　通院中	患者様の状態	□ 歩行可　□ 車イス □ ストレッチャー

※できましたら事前に保険情報を FAX でご送付をよろしくお願いします。

診療情報	傷病名 /　既往歴	
	紹介目的	
	この用紙（検査依頼書）では検査のみになります。（原則、診療は致しません） **診察が必要な場合は紹介状を持参して頂きますようお願い致します。**	

□に印をつけ、（　）内の部位に記入又は〇で囲んでください。

検査依頼項目	画像検査は Viewer 付き CD-R でお渡しします。	
	◆MRI	□ 単純　□ 造影（造影検査の場合は別紙の説明と同意書をご用意下さい。）
		□脳　□脳血管　□頚部　□頚部血管 □脊椎（頚椎・胸椎・腰椎、仙骨） □膝（左・右）　□股関節　□肩関節（左・右）□手関節（左・右） □腹部（肝胆膵腎）□MRCP　□骨盤腔（前立腺・膀胱・子宮） □その他（　）
	◆CT	□　単純　□ 造影
		□脳　□胸部 □腹部（肝・胆・膵・腎）□大動脈（胸部・腹部）
	◆超音波検査	□心臓　□腹部　□その他（　）
	◆その他	□DXA（腰椎+大腿骨）

医療法人　桜希会　東朋八尾病院
大阪府八尾市北本町 2 丁目 10 番 54 号
TEL　072-924-0281　　FAX　072-924-0280

予約希望	**希望日時**	**第 1 希望　月　日（　時　分）**	**第 2 希望　月　日（　時　分）**
		月・　火・　水・　木・　金・　土	
	都合の悪い日時		

※検査実施日に関しましてはご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。