

## 診療情報提供書 (兼 検査申込書)

西暦 年 月 日

国立国際医療研究センター国府台病院

担当医 宛

医療機関名 :
所在地 :
電話番号 :
FAX 番号 :
医師名 :

<b>【ご依頼検査】</b>
<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> シンチ <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー
<b>【検査希望日】※ : 第1希望日 月 日 第2希望日 月 日</b>
( 時間 : ) ( 時間 : )
※すでに予約が確定している場合は予約日時をご記入下さい。(未確定の場合、時間は空欄として下さい)

<b>【患者さん情報】</b>	国府台病院受診歴 ( あり [当院 ID: ] なし 不明 )	
フリガナ	生年月日	性別
患者氏名	西暦 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒 —	
TEL	( )	緊急連絡用Tel : ( ) 《氏名 : 》

傷病名 紹介目的	
既往歴・家族歴 症状経過 検査結果 治療経過など	
現在の処方 備考 (特に調べた ことなど)	