

検査予約申込書（診療情報提供書）

年 月 日

済生会広島病院 地域医療連携室宛

TEL 082-820-1747（直通）

FAX 082-820-1757（直通）

紹介元医療機関	
医療機関名	
診療科	
医師名	
T E L	
F A X	

この様式が紹介状の原本となりますので、患者さんへお渡してください。

紹介患者情報	フリガナ		性別	生年月日
	氏名	(旧姓)		年 月 日 歳
	住所			
	電話番号	(9:00~17:00 に連絡可能な番号)		

検査依頼内容	□C T	□単純	□頭部 □頸部 □胸部 □腹部 □その他 ()	
		□造影	※CD持ち帰り ()	
	□M R I	□単純	□頭部 □頸部 □胸部 □腹部 □その他 ()	
		□造影	※ペースメーカー () ※CD持ち帰り ()	
	□超音波	□腹部 □心臓 □頸動脈 □下肢		
	□骨密度測定			
	□P S G			
	□栄養指導			
	紹介目的・傷病名・既往歴・症状・経過等			
	検査希望日	第1希望	月 日 曜日	□午前□午後 時 分 (連絡 ())
	第2希望	月 日 曜日	□午前□午後 時 分 (連絡 ())	