

## 診療情報提供書(兼)検査依頼書

令和 年 月 日

検査予約時間 月 日 時 分

JA三重厚生連

三重北医療センターいなべ総合病院

医療機関

及び所在地

医師氏名

印

放射線科

大島 秀一

医師行

TEL番号 - -

FAX番号 - -

|        |                |     |         |        |
|--------|----------------|-----|---------|--------|
| ふりがな   |                | 性別  | M・T・S・H | 年 月 日生 |
| 患者氏名   |                | 男・女 | 電話      |        |
| 住所     | 〒              |     |         |        |
| 当院受診有無 | 有(診察券ID番号: )・無 |     |         |        |

| 検査名          | CT(単純)                             | MRI(単純)   |
|--------------|------------------------------------|---|
| 部位           | 頭部 頸部 胸部 肝→腎<br>骨盤部 腹部全域<br>その他( ) | 頭部: 頸部<br>脊椎: 頸椎・胸椎・腰椎( )<br>四肢: 肩・股関節・膝<br>MRA( )<br>軟部組織( )<br>その他( ) |
| 臨床所見<br>検査目的 |                                    |   |

|     |                                  |
|-----|----------------------------------|
| 保険等 | 保険種別: 社保・国保・生保・自賠・自費・公費併用・その他( ) |
|     | 保険者番号( ) 本人・家族(どちらか○で囲んでください)    |
|     | 記号( ) 番号( )                      |
|     | 老人保健受給者証<br>市町村番号( ) 受給者番号( )    |

- 備考 1.. 必要がある場合は紹介内容を別紙に記載し添付して下さい。  
2.. 予約状況によって、希望日取得ができない場合がございますのでご了承下さい。  
3.. 予約受付時間は、午前9時～午後4時30分(月～金)迄です。  
4.. 本様式は、単純検査予約申込み時にご利用ください。当日紹介受診の場合は、お電話にてご一報下さい。

お問い合わせ

JA三重厚生連 三重北医療センターいなべ総合病院

FAX・TEL 0594-72-8508(地域連携室直通)

地域連携室

TEL 0594-72-2000(病院代表)(内線2092)