

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 骨盤部 腹部全域 その他()	頭部: 頸部 脊椎: 頸椎・胸椎・腰椎() 四肢: 肩・股関節・膝 MRA() 軟部組織() その他()
臨床所見 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 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)