

(書式6)

# 静岡市立静岡病院オープン検査 FAX依頼書 (診療情報提供書)

FAX 054-252-0358

来院時貴院入院中

患者情報	紹介元医療機関名
ふりがな	
患者氏名 男・女	
生年月日 年 月 日	保険者番号
住所 〒 —	記号及び番号
TEL ( ) —	本人 ・ 家族
携帯 ( ) —	1割 ・ 2割 ・ 3割

検査項目	<input type="checkbox"/> MRI	【撮影方法】 <input type="checkbox"/> 単純撮影 <input type="checkbox"/> 造影撮影
	<input type="checkbox"/> CT	【撮影希望部位】 *単純CT以外は同意書が必要になります。 〔 〕
	<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> MIBG心筋シンチグラム <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 超音波	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 骨密度	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腰椎・大腿(右・左) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> セファロ <input type="checkbox"/> その他 ( )

【検査結果報告のご希望の媒体】 CD フィルム イージーイーネット  
※EZE2ネット会員の場合DICOM規格のデータを送ることができます。

主病名 \*妊娠の有無(女性のみ) 有 ・ 無

検査目的

コメント検査希望日等

- ・出来るだけ早く
- ・1, 2ヶ月以内を希望