（書式６）

静岡市立静岡病院オープン検査依頼書（診療情報提供書）

ＦＡＸ054-252-0358（地域連携室あて）　　□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（　　）　　－ 携帯　（　　）　　－	本人　・　家族 １割　・　２割　・３割

検査項目	□ＭＲＩ	【撮影方法】□単純撮影　□造影撮影 【撮影希望部位】　＊単純ＣＴ以外は同意書が必要になります。 （　　）
	□ＣＴ	
	□ＲＩ	□脳血流シンチ　□骨シンチ □その他（　　）
	□骨密度	□腰椎　□腰椎・太腿（右・左）□その他（　　）
	□その他	□セファロ　□その他（　　）

【検査結果報告のご希望の媒体】　□ＣＤ　□フイルム　□イージーイーツーネット

※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