



画像検査予約ファックス送信票

診療情報提供書兼紹介状

FAX (096) -353-6563

1. 貴施設情報

貴施設名： _____

医師氏名： _____

電話番号： _____

FAX： _____

2. 検査予約情報

検査予約日	年 月 日 (曜日)	時 分
検査項目	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI	
検査部位 (RI検査名)		

3. 患者様情報

ふりがな		保険者番号	
氏名	男	記号番号	
	女	公費番号	
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 (才)	受給者番号	
連絡先	- -	保険区分	本人・家族
現住所	〒 (-) 電話 (- -) 市 町 県 郡 村 番地		
傷病名			
紹介目的			
既往歴及び家族歴			
症状経過・治療経過及び検査結果			
現在の処方等			