

## 検査予約依頼書

J A 岐阜厚生連  
中濃厚生病院

紹介元医療機関所在地・名称

科

医師名

医師名

中濃厚生病院受診歴（有・無・不明）

予約日	令和	年	月	日（ ）	時	分
<b>依頼検査</b> <input type="checkbox"/> CT検査（単純・造影・単純及び造影） <input type="checkbox"/> MRI検査（単純・造影・単純及び造影） <input type="checkbox"/> RI検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査（上部消化管・下部消化管） <input type="checkbox"/> その他						
検査依頼部位、特殊指示						
<b>※ 検査後の対応</b> <input type="checkbox"/> フィルムコピー：要（フィルム、CD）・不要 <input type="checkbox"/> 放射線診断医読影コメント必要：要・不要 <input type="checkbox"/> 各科専門医の検査後の診察、コメント：要・不要						

## 診療情報提供書

患者氏名	明・大	男
	様 昭・平・令	年 月 日生 女
患者住所		
連絡先 TEL — —		
主訴 及び 傷病名		特記事項
既往歴及び家族歴		
感染症 有 ・ 無（ HBs ・ HCV ・ ワ氏 ・ ） 薬物アレルギー 有 ・ 無（ ）		
症状経過及び検査結果		
現在の処方		