

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
依頼検査 ☐ C T 検査（単純・造影・単純及び造影） ☐ M R I 検査（単純・造影・単純及び造影） ☐ R I 検査 ☐ 内視鏡検査（上部消化管・下部消化管） ☐ その他 検査依頼部位、特殊指示						
※ 検査後の対応 ☐ フィルムコピー：要（フィルム、CD）・不要 ☐ 放射線診断医読影コメント必要：要・不要 ☐ 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 (H B s ・ H C V ・ 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			