

診療情報提供書 (検査予約票)

平成 年 月 日

〒053-8506

[医療機関] 住 所

苫小牧市若草町3丁目4番8号

名 称

王子総合病院 地域医療連携室

主治医

TEL:0144-32-8111

(代表)内線385

TEL

TEL・FAX:0144-33-3811(地域医療連携室直通)

FAX

患 者	フリガナ 氏名		受診歴	1:有 (ID番号) 2:無
	男・女		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
	住所	〒 ☎自宅 () ☎連絡先 ()		
	検査項目	1. C T(P・E) (部位:) 読影 (有・無) 2. MR I(P・E) (部位:) 読影 (有・無) 3. 核医学 (R I) 検査 (名称:) 4. ホルター心電図 5. トレッドミル心電図 6. その他 ()		
	検査希望日			
	検査目的			
	貴科診断名			
	患者様の状態	歩行可・車椅子・ストレッチャー 付き添い 有・無 ☆身長 cm 感染症 無・有 (HBS抗原・HCV・ワ氏・MRSA) ☆体重 kg		
	留意事項等			

○本用紙をFAXで送り下さい。検査日が決まりましたら「検査予約完了票」をFAXしますので、患者様にお渡しください。

○検査のキャンセルにつきましては必ず前日までに地域医療連携室までご連絡ください。

○検査項目等不明な点は地域医療連携室までお問い合わせ下さい。

○患者様の病状を確認の上、検査を受けられるようご協力お願いいたします。