

紹介状 (診療情報提供書・骨密度検査依頼書)

令和 年 月 日

北播磨総合医療センター

担当医 先生

紹介元医療機関名及び所在地: ※改行は「Altキー + Enterキー」

担当医師名:	科	印
電話番号:	()	-
FAX番号:	()	-
申込担当者:		

受診希望日 令和 年 月 日 ()

フリガナ		受診歴	性別	患者さん予約待ち状況	
氏名		<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	<input type="radio"/> 貴医療機関にて外来待機中 <input type="radio"/> 貴医療機関に入院中 <input type="radio"/> 帰宅され、貴医療機関より連絡待ち <input type="radio"/> その他 ()	
旧姓	※お分かりでしたらご記入をお願いします。			患者さん来院方法	
生年月日	<input type="radio"/> 明治 <input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年	月	日	歳
住所	〒 -				

自宅	() -	連絡先	() -
----	-------	-----	-------

紹介目的	検査(骨密度)	患者さんの都合により当医療センターと直接予約日を変更することについて (直接予約日変更時でも下記予約受付時間での対応となります)	
		<input type="radio"/> 承諾する <input type="radio"/> 不承諾	不承諾並びにどちらにもチェックがない場合は、紹介元を通しての変更をお願いします。

目的臓器	骨密度測定	<input type="radio"/> 腰椎・左大腿骨頸部 <input type="radio"/> 腰椎・右大腿骨頸部
------	-------	--

身長・体重	身長	cm	体重	kg
-------	----	----	----	----

前回検査	<input type="radio"/> 初診 <input type="radio"/> 再診 (年 月 日) 所見:
------	---

診断名	主訴
-----	----

①現病歴 ②現症 ③検査所見 ④治療経過 ⑤現在の処方 ⑥その他 ※改行は「Altキー + Enterキー」

結果(所見)返送方法	当日患者さんにお渡しします。
------------	----------------

添付資料 無 X-P ECG 内視鏡フィルム 検査データ 超音波画像 CT・MRI画像

※ FAX予約受付時間(月~金 9:00~18:30 土 9:00~11:30 (祝祭日・年末年始は除く)) (FAX受信は24時間可能です)

北播磨総合医療センター地域医療連携室 FAX:0794-62-9911 TEL:0794-88-8800(代)