

検査等申込 兼 保険情報送信様式（FAX用）

紹介先
医療法人社団相和会 刈野辺総合病院
メディカルサポートセンター
地域医療連携課 医療連携係
TEL 042-754-3302（直通）
FAX 042-754-3323（直通）

紹介元
医療機関名
医師名
TEL
FAX

※太枠内をご記入ください。項目・必要箇所は、マル○ または ☑をお願いいたします。 ☐開放登録医

フリガナ		性別	TEL	連絡の取れる電話番号をお願いいたします	刈野 辺 総 合 病 院 記 入 欄
患者氏名		男・女		〒	
生年月日	大 昭 平 令 年 月 日 歳		住所		
刈野辺総合病院受診歴 有 ・ 無 診察券番号（ ）					
傷病名					受付日
検査目的	※記入せず、診療情報提供書のFAXでも結構です				／
予約 項目	予約日時： 月 日（ ） 時 分				予約内容 確認者 (連携室)
診察	診療科	科	予約医師		
CT	※必須 単純 ・ 造影	撮影部位	造影の場合 検査日（ / ） eGFR > 又は（Cr： mg/dl） ※アレルギー対応や撮影方法等、遠慮なくお問い合わせください		
MRI					
エコー	撮影部位				内視鏡医 確認印
胃カメラ	経鼻 ・ 経口	適応があった場合の尿素呼吸試験 実施可 ・ 不可	※組織検査をした場合は結果郵送までに、2週間程お時間をいただきます。検査所見のみ先行FAXも可能ですので、ご所望ください。		依頼
その他	マンモグラフィー ・ 骨塩定量 ・ 栄養指導 ・ （ ）				結果

画像のご希望媒体	フィルム ・ CD-R ・ プリント ・ 画像不要(レポートのみ)
CT/MRI 特記指示	☐ 当日、画像の患者手渡しを希望 ※特記指示がない場合は後日郵送いたします

- ・ 当日の持ちもの
診療情報提供書、健康保険証、診察券(お持ちの方)、検査に必要な書類（同意書、問診票）、お薬手帳
- ・ ご不明点は、地域医療連携課へお問い合わせください。