

# FAX 昭和病院へのご紹介

## 診療情報提供書 兼 CT撮影依頼書

宛先 医療法人社団愛生会 昭和病院

FAX 0191-21-3108

TEL 0191-23-2020

〒021-0885 岩手県一関市田村町6-3  
申込み日 平成 年 月 日

◆撮影受付時間◆8:30~12:00/14:00~17:00

紹介元医療機関の名称

電話番号

医師氏名

FAX番号

先生

### 1. 患者様情報

\*保険証やカルテの写しを添付いただいても構いません。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	歳
住所	電話番号		

### 2. 保険情報

保険者番号		記号・番号	
区分	本人 ・ 家族	保険者氏名	
受給者番号		公費負担医療	
負担割合	割		

### 3. ご依頼内容

□に✓印を入れて下さい。

<input type="checkbox"/> 頭部 ( )	<input type="checkbox"/> 頸部 ( )
<input type="checkbox"/> 胸部 ( )	<input type="checkbox"/> 腹部 ( )
<input type="checkbox"/> 骨盤腔 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )

### 4. 診療情報

傷病名	
症状、検査目的	
処方内容など	
その他	①妊娠 有・無 ②心臓ペースメーカー 有・無 ③体内埋込型除細動器 有・無

### 5. 画像提供方法

□に✓印を入れて下さい。

連携BOXへの送信

CD-R

\*FAX送信時にお電話をいただければ幸いです。