# 放射線科検査予約申込書（診療情報提供書）

年　　月　　日

| 紹介先：広島市立舟入市民病院 | |
|---|---|
| 〒730-0844<br>広島市中区舟入幸町14-11<br>医療連携室 | |
| ＴＥＬ | 082-232-6123 |
| ＦＡＸ | 082-232-6125 |

| 紹介元医療機関 | |
|---|---|
| 所在地 | |
| 医療機関名 | |
| 医師名 | |
| ＴＥＬ | |
| ＦＡＸ | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 | 大・昭・平・令 |
| 患者氏名 | | 男・女 | | 年　月　日（　歳 |
| 住所 | 〒　　－ | | | |
| 電話 | | | | （9:00～17:00に連絡可能な番号） |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 検査日時 | 年　月　日（　曜日）　時　分 | | | | |
| 検査内容<br>☑ 印をつけてください | ☐ CT | ☐ MRI | ☐ 骨密度検査 | ☐ 単純 | ☐ 造影 |
| ☐ 頭部　☐ 頸部　☐ 胸部　☐ 上腹部　☐ 骨盤部 | | | | | |
| ☐ 脊椎（頸椎・胸椎・腰椎など）　☐ その他（　　） | | | | | |

傷病名・紹介目的・既往歴・症状経過・備考

※ご記入いただいた個人情報は、医療の提供の目的にのみ利用します

令和6年7月改定