|  |  |
| --- | --- |
| 検査依頼用紙（診療情報提供書）　 |  |
| 社会福祉法人あそか会 | あそか病院　放射線科 |  |  | 紹介元医療機関名 および 所在地 |
| 〒135-0002 | 東京都江東区住吉-1-18-1 |  | 　      |
| 電話 | 03-3632-0290　(代表)　　 |
| 03-3632-0293　(放射線科直通) |  |
| Fax | 03-3632-4276 |  | 医師名　　　　     　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |  |  |
| 氏名 | フリガナ       | 性別 |  | 生年月日 | 　 |      年 |      月 |      日 |
|       |
| 検査日時 |      　年　　     　月　　     　日 |  |      時　　　　　　　     分 |
| 紹介目的 |       |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 検査依頼内容　　　該当する部分にチェックをお願いいたします |
| 区分 |  |  | 造 |  |  |
|  |  | 影 |       |
| 依頼内容 |  |  |  |  |  | 　 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 　 |  |  |
|  |  |  |  | （　     　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 以下の検査項目は左右を選択してください。　　　　 |
|  | 　　 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

あそか病院ID（　　　　　　　　　　）※検査時に放射線科で記入します。