

病診連携 胸部X線撮影検査依頼書(診療情報提供書)

下田メディカルセンター
地域医療連携室行き

FAX番号 0558-25-1616

貴院ご担当 _____

医療機関名

医師名

電話番号

FAX番号

フリガナ

患者氏名

性別 (男 ・ 女)

生年月日 (M ・ T ・ S ・ H)

_____年 _____月 _____日

患者住所

患者電話番号 (_____ - _____)

主訴・目的(病歴)

病歴経過

● 胸部(単純X線) ● ※ 立位が困難な場合は正面のみの撮影とさせていただきます。

立位正面(P → A)

胸部2R

座位正面(A → P)

臥位正面(A → P)

記録媒体

(CD フィルム)

※ ご指定がない場合は勝手ながらCDとさせていただきます。

特記事項・その他受診希望日

お申込み手順 ・ ご記入後、下田メディカルセンター地域医療連携室(0558-25-1616)までファックスにてお申込み下さい。
予約受付後、ファックスにて予約票を送ります。
・ 依頼書はコピーをとって原本は貴院控えに、コピーは予約票と一緒に患者様にお渡し下さい。
患者様は予約日の予約時間15分前には医事課窓口(書類と保険証、当院診察券(通院歴がある方)を提出して下さい。
※ 当院の診察を希望される場合は診療情報提供書もご用意してファックスをお願いします。
※ お問い合わせは、下田メディカルセンター 地域医療連携室(0558-25-3535)までご連絡下さい。