

病診連携 診療情報提供書

宝持会 池田病院

年 月 日

科

先生

紹介元医療機関
住 所
T E L
F A X
医 師 氏 名

フリガナ				男 ・ 女
患者氏名				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生 (才)
住 所	連絡先			
保険者番号		公費負担者番号		
記号・番号		公費受給者番号		
区分	本人 家族	負担割合	0割 1割 2割 3割	

紹介目的	<input type="checkbox"/> 診 察 <input type="checkbox"/> 入 院 <input type="checkbox"/> 開放型病床	C T ※造影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 頭 部 <input type="checkbox"/> 眼 窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸 部 <input type="checkbox"/> 胸 部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 中腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他	骨 密 度 <input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 検査・治療指針 <input type="checkbox"/> 検査・治療
	希望日 日 日	M R I ※造影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 頭 部 M R I <input type="checkbox"/> 頭 部 + M R A <input type="checkbox"/> 頸 部 <input type="checkbox"/> 頸 椎 <input type="checkbox"/> 胸 椎 <input type="checkbox"/> 腰 椎 <input type="checkbox"/> 胸 部 <input type="checkbox"/> 上 腹 部 <input type="checkbox"/> 骨 盤 腔 <input type="checkbox"/> 肩 (右・左) <input type="checkbox"/> 肘 (右・左) <input type="checkbox"/> 手 関 節 (右・左) <input type="checkbox"/> 股 関 節 <input type="checkbox"/> 膝 (右・左) <input type="checkbox"/> 足 関 節 (右・左) <input type="checkbox"/> 下 肢 M R A <input type="checkbox"/> その他	エ コ ー <input type="checkbox"/> 心 臓 <input type="checkbox"/> 乳 腺 <input type="checkbox"/> 腹 部 <input type="checkbox"/> 頸 部 <input type="checkbox"/> 甲 状 腺 <input type="checkbox"/> 胃 透 視
	内 視 鏡 <input type="checkbox"/> 上 部 <input type="checkbox"/> 下 部 ↓ 検査結果説明 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		

既往歴
病状経過
現在の処方

池田病院 地域医療連携室

TEL 06-6721-0161 (予約専用)
FAX 06-6721-1471

予約時間

月～金曜 8時45分～17時45分
土曜 8時45分～12時30分