

令和 年 月 日

診療情報提供書(紹介状)

市立甲府病院

甲府市増坪町366番地

医療機関名 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
F A X \_\_\_\_\_

患者様事項	
フリガナ: _____	生年月日 _____ 年 月 日
氏名: _____	性別 _____
住所: _____	電話 _____
当院受診歴 _____	(ID番号: _____)
受診科名 _____	予約希望日: 第1希望日 令和 年 月 日
	第2希望日 令和 年 月 日
希望医師名 _____	<input type="checkbox"/> 希望日なし
◎ 紹介目的 <input type="checkbox"/> 精査・診断 <input type="checkbox"/> 治療・観察 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> ホルター心電図	
◎ 検査のみ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
撮影部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> ( _____ ) 関節 <input type="checkbox"/> インプラント ( <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 上下顎 ) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
造影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 画像引渡し <input type="checkbox"/> CDR <input type="checkbox"/> フィルム	
◎ 患者様の病名または症状 [ _____ ]	

【既往歴及び家族歴、病状経過、検査結果、現在の処方、検査目的、希望事項等】