

## 検査申込票(兼診療情報提供書)

さくら総合病院 地域連携室行 FAX:(0587)95-8624

紹介医	紹介日	平成 年 月 日		
	医療機関名			
	担当医			
	TEL	( ) -	FAX	( ) -

患者情報	氏名	フリガナ	男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生
	住所	〒 - 電話番号( ) -			

検査内容	希望日	第①希望 月 日 ( ) AM・PM ( : )			
		第②希望 月 日 ( ) AM・PM ( : )			
	<input type="checkbox"/>	CT (単純・造影) 部位( )	<input type="checkbox"/>	MRI (単純・造影) 部位( )	
	<input checked="" type="checkbox"/>	冠動脈造影CT(問診票もFAX送付して下さい。)	<input type="checkbox"/>	UGI	
	<input type="checkbox"/>	超音波 ( 頰動脈 腹部 心臓 )			
<input type="checkbox"/>	内視鏡 ( 上部経口 上部経鼻 下部 )				

紹介目的	
病名	

現病歴、検査結果、現在の処方等

地域連携室 TEL:(0587)95-0015(直通)

※患者さんの個人情報適切に保護し、医療サービスに利用させていただきます。  
その他、不明な点などがありましたら地域連携室 直通電話までご連絡ください。