

# 診療情報提供書・委託検査依頼書・高度医療機器共同利用申込書

※ この書類にもれなく記入し、  
他の必要書類と共に FAX して下さい  
お申込みは 月～金 8:30～16:45

予約受付

砂川市立病院 地域医療連携室  
〒073-0196 砂川市西 4 条北 3 丁目 1 番 1 号  
FAX 0125-54-2252 TEL 0125-54-2131

# CT

紹介元医療機関名			
診療科	科	外来・入院 (	病棟)
医師名			
TEL ( )	—	FAX ( )	—

下記の患者様を紹介するとともに、医療機器の利用を申し込みます。  
なお、検査時に患者様に対する緊急処置が必要な場合は、貴院の対応に一任します。

フリガナ	男・女	住所	
患者氏名	様		身長
大・昭・平・令	年 月 日生	TEL — —	_____ cm
<b>当院受診歴</b> 無・有 (ID _____) <b>移動の方法</b> 歩行・車いす・ストレッチャー <b>視聴覚障がい</b> 無・有 ( ) <b>酸素投与</b> 無・有 <b>感染症</b> 無・有 ( )			体重
			_____ kg
この検査は公費負担等（特疾・障害・事故・労災など）の該当となりますか？ <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 ※公費負担該当となる場合は保険情報もあわせてお送りください。			

**希望日**  
患者さんは  返事を待っている     帰宅済み

**予約日時**  
年 月 日 ( ) ( : )

<p><b>検査部位</b></p> <p><input type="checkbox"/> 脳 (単純・造影)  <input type="checkbox"/> 顔面 (単純・造影)  <input type="checkbox"/> 頸部 (単純・造影)  <input type="checkbox"/> 胸部 (単純・造影)  <input type="checkbox"/> 腹部 (単純・造影)  <input type="checkbox"/> 骨盤部 (単純・造影)  <input type="checkbox"/> 歯科 (上顎・下顎)  <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>造影の場合は  <b>同意書・問診票が必要</b>です。</p>	<p><b>病名・臨床経過・手術歴・検査目的・撮像方法の指示</b></p> <p>— 詳しく —    <input type="checkbox"/> 読影を依頼する</p> <p>※楷書ではっきりお書きください。</p>
---	---

- \* 必要事項記入後に、この申込書を地域医療連携室へ FAX してください。
- \* 検査当日は各書類の原本を持参の上、1 番新患受付へお越しください。
- \* 放射線診断科外来にて問診後に検査室へご案内します。
- \* 読影を依頼される場合、報告まで、1 週間以上かかる場合があります。