

# R I 検査 共同利用申込書 兼 診療情報提供書

## FAX 0258-28-9060

令和      年      月      日

長岡赤十字病院 宛  
 TEL : 0258-28-3600 (代表)  
 FAX : **0258-28-9060** (連携室直通)  
 申込受付時間 **8 : 30 ~ 16 : 30**

紹介元  
 医療機関名  
 医 師 名  
 TEL :  
 FAX :

ご紹介患者様情報

フリガナ		性 別	当院受診歴
氏 名		男・女	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
生年月日	明・大・昭・平・令      年      月      日	(      歳 )	(旧姓:      )
住 所	〒	電話番号	
		自宅	—      —
		携帯	—      —

検査希望日	①      月      日 (      ) ※希望に添えない場合がありますのでご了承ください ② 当院にお任せ      ※都合の悪い日(      )
臨床診断 検査目的 (別紙可)	
検査項目	<input type="checkbox"/> 脳血流 ( 99mTc-ECD) <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> その他 (      )

○撮影データはカラーコピーもしくはCD-Rでお渡しします