

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 ・123I-IMP) <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