

R I 検査 共同利用申込書 兼 診療情報提供書
FAX 0258-28-9060

長岡赤十字病院 病診連携室 宛

TEL : 0258-28-3600 (代表)

受付時間 : **平日8:30~16:30 (FAXは24時間受信可)**

※上記時間外の受信は翌診療日以降の返信となります。

※受取り後に内容を確認する場合があります。
電話対応が可能な時間帯にお申込下さい。

紹介元 令和 年 月 日

医療機関名

診療科

医師名

TEL

FAX

担当者

●患者情報

フリガナ 氏名			性 別		当院受診歴		
			男 ・ 女		有 ID番号		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		歳		無		
※外国人の場合 国 籍			母国語			使用言語	
住 所	〒		電話番号 (日中の連絡先)				
			— —				
検査希望日	第1希望		年	月	日 ()	◎希望に添えない場合は最短日でご案内いたします。	
	第2希望		年	月	日 ()		
	<input type="checkbox"/> いつでもよい		その他 ()				
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"/> 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

予約日時を確定し、「検査予約票」をFAXいたします。内容をご確認のうえ患者さんにお渡しください。