

年 月 日

診療情報提供書(紹介状)

市立甲府病院
甲府市増坪町366番地

医療機関名
所在地
医師名
電話番号
F A X

患者様事項	
フリガナ 氏 名	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日(才) 男 ・ 女
住 所	電 話 ()
当院受診歴 無 ・ 有 (ID番号:)	
受診科名	予約希望日 第1希望 年 月 日 第2希望 年 月 日
希望医師名	☐ 特に希望日なし
◎紹介目的 ☐ 精査・診断 ☐ 治療・観察 ☐ 手術 ☐ 入院 ☐ その他() ☐ 胃カメラ ☐ ホルター心電図	
◎検査のみ ☐ CT ☐ MRI ☐ RI() ☐ その他()	
撮影部位 ☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 頸椎 ☐ 腰椎 ☐ 骨盤 ☐ ()関節 ☐ インプラント(☐ 上顎 ☐ 下顎 ☐ 上下顎) ☐ その他()	
造 影 ☐ 要 ☐ 不要 画像引渡し ☐ CDR ☐ フィルム	
◎患者様の病名または症状 ()	
【既往歴及び家族歴、病状経過、検査結果、現在の処方、検査目的、希望事項等】	