診療情報提供書（検査予約申込書）

送信先 ： 社会医療法人寿会 富永病院 FAX (06)6568-1970

申込日

希望診療科					
□ 脳神経外科	□ 脳神経内科	□ 循環器内科	□ 整形外科	□ 神経形成外科	

希望医師	□ 無 □ 有	【ご紹介元医療機関】
医師名	先生	医療機関名 住所 TEL/FAX 医師名 担当者
希望日	①　月　日 ②　月　日 □ いつでも	

お申込内容

MRI撮影部位 造影 □ 無 □ 有	・頭部 □ 頭部 □ 下垂体 □ 眼窩 ※ペースメーカー植込み □ 無 □ 有 ・脊椎 □ 頸椎 □ 胸椎 □ 腰椎 ・関節 □ 股関節 □ 膝関節 □ 肩関節 ※左右記載必須 □ 右 □ 左 ・その他 （　　）
CT撮影部位 造影 □ 無 □ 有	・頭部 □ 頭部 □ 下垂体 □ 眼窩 ・脊椎 □ 頸椎 □ 胸椎 □ 腰椎 ・関節 □ 股関節 □ 膝関節 □ 肩関節 ※左右記載必須 □ 右 □ 左 ・その他 （　　）
＊当院のルーチンシーケンスにて撮影いたします。撮影内容は当院までお問い合わせください。	
その他検査	□ DEXA(骨密度)検査（月～金 ※火曜日は第2・4のみ） □ 筋電図検査 □ 頸動脈エコー □ 心エコー

患者情報

フリガナ		旧姓	性別
氏名			□ 男 □ 女
生年月日	□ 大正 □ 昭和 □ 平成 □ 令和 □ 西暦　年　月　日（　歳）		
住所	〒	連絡先	
来院方法	□ 徒歩 □ 介護タクシー　移動方法（ □ 車いす □ ストレッチャー ）		
付添い	□ 無 □ 有　→本人との関係（　）		
外国人の方	日本語（ □ 可 □ 不可　言語（　語）　※日本語での会話が難しい方は、通訳の同行をお願いします。 通訳の同行 （ □ 無 □ 有 ） 日本在住（ □ 在住 □ 短期滞在者 □ 旅行者 ）　日本の健康保険証（ □ 無 □ 有 ）		
保険情報	□ 社保 □ 国保 □ 後期 □ 生保 □ 自費 □ 自賠 □ 労災		
患者状況	□ 院内待機中 □ 帰宅 □ 入院中 （退院予定： □ 無 □ 有 ）有→退院日　月　日		
入院中確認	□ 本人受診 □ 家族相談　支払い方法； □ 本人請求 □ 病院請求 ※患者さんが現在貴院入院中に受診する場合は、「受診状況連絡票」も併せてお送りください。		

※連携強化診療情報提供料に係る質問（貴院で以下の該当する項目にチェックを入れてください。）

□ 200床未満の病院または診療所　□ その他

依頼内容	□ 別紙参照 （貴院書式の診療情報提供書を添付して頂いても結構です。）
疾患名	
主訴・既往歴	
病状経過等	
注意事項	※受診当日に発熱症状、咳、咽頭痛など症状がある場合は来院の前にご連絡願います。

受付 ： 月 ～ 土 9:00 ～ 18:00 （祝・日を除く）

問合せ先 ： 地域医療連携室 TEL 06-6568-1980（直通）

2026.1月改定