

診療依頼票 骨塩定量検査(FAX送付票)

FAX送信日	令和	年	月	日()	検査日	令和	年	月	日()
フリガナ					明・大・昭・平・令			性別	男・女
患者氏名					年	月	日生(歳)		
住所・電話番号	〒				(TEL - -)				

保険情報	保険者番号		公費 番号 福祉 医療	市町村番号	
	記号・番号			受給者番号	
	被保険者名			負担者番号	
	続柄	本人・家族		受給者番号	

診療情報提供書

杉田玄白記念 公立小浜病院
放射線科
担当医 先生

所在地
医療機関
電話・FAX
医師氏名

印

※下記項目に記載をお願いします。

臨床診断名	
主訴 臨床経過 検査目的	
手術歴	☐ なし ☐ 有 (☐ 腰 股関節 ☐ 右 ☐ 左)
移動介助	☐ 単独歩行可 ☐ 歩行可(要介助) ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー

※ 太枠の中は、必要事項となりますので、必ずご記入ください。