

## 診療情報提供書（R I 検査依頼用）

令和 年 月 日

田川市立病院 病院長 殿

FAX 0120-551-920  
(又は0947-46-5030)電話 0120-100-446  
(又は0947-46-5035)

貴院の名称

所在地

医師氏名

電話

印

予約日時	年 月 日 ( )	注射日	撮影日
		時 分	時 分
(フリガナ)		生年月日	性別
患者氏名		大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	男・女
患者住所	電話番号		
画像のご提供方法	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム		
部 位	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 甲状腺 ( )	
	<input type="checkbox"/> ガリウム ( )	<input type="checkbox"/> 副甲状腺 ( )	
	<input type="checkbox"/> 脳 ( 脳血流・Datscan・心MIBG・ )	<input type="checkbox"/> 肝 (アシアロ )	
	<input type="checkbox"/> 心筋 ( )	<input type="checkbox"/> レノグラム ( MAG3 ・ DTPA )	
	<input type="checkbox"/> 副腎 ( 皮質 ・ 髄質 )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
診 断 名			
検 査 目 的 病 歴 家 族 歴 等			
現在の処方			

電話予約後、医療支援センターへFAXしてください。本紙は検査当日に受付にご提出ください。

田川市立病院 医療支援センター

電話 0120-100-446 (直通) FAX 0120-551-920