

## 診療情報提供書（R I 検査依頼用）

平成 年 月 日

田川市立病院長 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

印

電話

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 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、医療連携室へ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 医療連携室

電話 0120-100-446 (直通) FAX 0120-551-920