

診療情報提供書（検査申込書）

**小樽市立病院
患者支援センター 宛**

〒047-8550
小樽市若松1丁目1番1号
電話 0134-25-1211（代表）
電話 0134-25-1605（直通）
FAX 0134-25-1600（専用）

紹介医療機関名

住所 _____
電話 _____
FAX _____
診療科 _____
医師名 _____

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日（才）
住所	〒		電話番号 () -

検査日時	年 月 日 時 分
検査項目 ※PET-CTは 専用用紙が あります。	<input type="checkbox"/> CT 【部位 _____】 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影
	<input type="checkbox"/> MRI 【部位 _____】 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> MRCP
	<input type="checkbox"/> 核医学（RI）【検査項目 _____】
	<input type="checkbox"/> 超音波 【部位 _____】
	<input type="checkbox"/> 骨密度（DXA）
患者の状況	<input type="checkbox"/> 外来でお待ちです <input type="checkbox"/> 帰宅済み <input type="checkbox"/> 入院中
患者の状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー 感染症（無・有 / HBS抗原・HCV・ワ氏・MRSA・結核）

主訴・傷病名	
症状経過・治療経過・既往歴等検査目的 <input type="checkbox"/> 別紙参照	

下記の情報は保険証のコピーをFAXしていただいても結構です

被保険者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		記号・番号
公費負担	<input type="checkbox"/> 特疾 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 乳幼児 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）		受給者番号