

診療情報提供書

西曆 年 月 日

医療法人讚和会
友愛会病院地域連絡室 行
TEL 06-6672-3121 (友愛会病院代表)
TEL 06-6672-3527 (地域連携室直通)
FAX 06-6672-2411 (地域連携室直通)

貴院名
TEL
FAX

医師名



該当診療科	内科 ・ 整形外科 ・ 脳神経外科		第1希望 月 日 () 時	
希望担当医師	医師	希望日時	第2希望 月 日 () 時	
			特になし	
フリガナ			男	大 昭 年 月 日生
氏 名	様		女	平 令
住 所	区		自宅TEL	
	丁目	番	号	連絡先TEL
・ 紹介目的 ・ 処方等	入院・診察・検査			
予約希望検査	①MRI 部位 () 造影 (有 ・ 無) ↳ 早期AD診断 (有 ・ 無)			
ご希望の検査に○をつけて下さい。	②CT 部位 () 造影 (有 ・ 無) ↳ 早期アルツハイマー型 認知症診断支援システム			
	①エコー (腹部 ・ 心臓 ・ 頸動脈) ②心電図 (マスター(台)) ③ホルター心電図 ④PWI・ABI ⑤脳波 ⑥眼底カメラ ⑦眼圧測定・肺機能			
保険者番号			本 公	公費負担者番号
記号・番号			家 費	公費受給者番号

検査によっては曜日・時間帯の指定がありますので、電話でお問い合わせ下さい。