

# 診察・検査予約依頼書

令和 年 月 日

吉田整形外科病院

医療機関名  
所在地  
医師名  
TEL ( ) -  
FAX ( ) -

先生

\*患者氏名、生年月日、住所等は貴院の様式で FAX いただいても問題ありません。

フリガナ		男・女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
患者氏名			患者様 連絡先	TEL - -
住所	〒 -			
保険別	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労公災 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
紹介目的	FAXいただく書類 (情報提供書は予約日までにFAXしてください)			
<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 診察+検査 <input type="checkbox"/> 検査 (読影あり) <input type="checkbox"/> 検査のみ	→ }	こちらの用紙 こちらの用紙と撮影詳細指示書、問診票 (MRIのみ) 検査のみの場合、情報提供書は不要です。DXA検査の場合はこの用紙のみとなります		
詳細内容	診察	<input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 膝スポーツ傷害 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 *骨粗鬆症外来は第1・3木曜日15:00~16:30となります		
	検査	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> DXA ( <input type="checkbox"/> 腰椎・大腿骨 <input type="checkbox"/> 腰椎のみ ) <input type="checkbox"/> <b>放射線検査の正当性について説明し、承諾いただいております。</b> (MRI・CTの場合は病名を記載してください 病名: )		
医療機関様よりFAXにて予約 (以下へ希望日を記載してください)				
①	月	日	AM ・ PM	:
②	月	日	AM ・ PM	:
③	月	日	AM ・ PM	:
→紹介診察・検査予約票をFAXいたしますので、患者様にお渡しく下さい				
診療情報提供については貴院にて使用している様式にてお送りください				

〒471-0811 豊田市御立町 7-100

医療法人 慈和会 吉田整形外科病院 (地域医療連携室)

【TEL】0565-89-3344    【FAX】0565-89-3345