

別記様式（第5条関係）

受診される方へ◇ この用紙を保険証と共に初診受付（8番窓口）へお出してください。別に、診療情報提供書（封書）がありましたらそれもお渡してください。

なお、大和市長立病院の診察券をお持ちの方は併せて受付へ提出願います。

## 検査依頼書 兼 診療情報提供書

大和市長立病院長 殿		住所	年 月 日
		医療機関名	
		依頼医師名	
次のとおり検査を依頼します。			
検査内容・部位			
主訴（病名） および検査目的			
患者住所	(TEL )		
フリガナ 患者氏名	(男・女)		
患者生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日生
特殊検査指示			
検査実施日時	年 月 日	午前 時 分 午後 時 分	
備考			

※ 読影後の画像提供方法

- ◇ フィルム ・ CD （いずれかに○をして下さい。）  
（チェックがない場合はフィルム渡しになりますのでご了承下さい。）

※ 原本での画像提供を基本とします。複写が必要な場合、複写料金は患者様のご負担となります。（フィルム：500円/枚 ・ CD：1000円/枚）

- ◇ フィルム複写 要 ・ 不要

※ 利用医師へ：①依頼書は、FAX・200-3080へ電送後、患者さんへお渡してください。

なお、受付へは、封筒に入れずに提出するようお伝えください。

②必要があれば、診療担当科宛の診療情報提供書を、封書で持参させてください。