

別記様式（第5条関係）

受診される方へ◇ この用紙をマイナンバーカード（又は健康保険証）と共に初診受付（8番窓口）へお出しください。別に、診療情報提供書（封書）がありましたらそれもお渡しください。

なお、大和市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

年 月 日	
大和市立病院長 殿 住所	
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

◇ CD

※ 利用医師へ：①依頼書は、FAX046-200-3080へ送信後、患者さんへお渡しください。

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。