

山口大学医学部附属病院 FAX 0836-22-2474

年 月 日

診療情報提供書(検査依頼書)

紹介元医療機関の
所在地及び名称

FAX番号

医師名

電話番号

ふりがな 患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
患者住所	〒	電話番号	
生年月日	明・大・昭・平・令: 年 月 日 (歳)	山大病院への来院歴	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし

傷病名	
症状経過	
既往歴	

検査日時	月 日 時 分 ※電話で確認後に記入してください。		
希望 検査種	CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> その他()	
	MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 錐体 <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> その他()	
	※造影剤を使用しない単純検査のみとなります。		
検査指示	検査部位の詳細や具体的な検査に関する指示があれば記載ください。 部位の詳細例:四肢の場合「右の肩関節」「左の肘関節」「右の手関節」、頭部の場合「脳」「脳の血管」など		
検査結果	<input type="checkbox"/> 所見のみ <input type="checkbox"/> 所見とCD-R(返却不要) ※後日郵送致します。		

<注意事項>

- ・患者様の状態やご病気の内容により、当科検査担当医の判断で撮影を追加・省略する場合がありますので、ご了承ください。
- ・患者様には検査内容とともに十分なお説明をお願い致します。

<予約方法>

- 1 検査はすべて予約制ですので、事前予約窓口(0836-22-2167)にお電話のうえ、検査日時を決定してください。
- 2 検査日時が決定した後、この診療情報提供書(検査依頼書)に必要事項を記入の上、事前予約窓口宛にFAX(0836-22-2474)してください。
- 3 FAX受領後、患者様の山大病院IDを記載した診療情報提供書(検査依頼書)をFAXにて返送いたします。
- 4 様式下段に記載された患者様の山大病院IDを検査予約票及び検査確認書の所定の欄に記載してください。
- 5 下記について、検査当日に患者様にご持参いただくよう、ご説明よろしくお願ひ致します。

<検査当日にご持参いただくもの>

- ①検査予約票
- ②診療情報提供書(検査依頼書)の原本
- ③検査確認書のコピー
- ④健康保険証・各種医療証
- ⑤山口大学医学部附属病院の診察券(お持ちの方のみ)

山口大学医学部附属病院 事前予約窓口(医事課外来係) 電話:0836-22-2167

FAX:0836-22-2474

以下、山口大学医学部附属病院記入欄

受付日	患者様の山大病院ID※
-----	-------------

※検査予約票及び検査確認書の左上に上記IDを記載してください。