


# 診療情報提供書

黒部市民病院 地域医療連携室 フレンディー (FAX 0765-54-2981)

年 月 日

医師名				T	E	L	
医療機関名				F	A	X	
フリガナ							
患者住所	〒						
フリガナ		旧姓	生年月日	T	S	H	R 年月日
患者氏名			性別	□男 □女 ( 歳)			
			T	E	L		
当院受診歴	□有 □無		黒部市民病院 ID				
希望科			診	断			
目的	<input type="checkbox"/> 開放型病床入院 <input type="checkbox"/> 医療機器共同利用 <input type="checkbox"/> 診療情報提供 <input type="checkbox"/> 検査予約( ) <input type="checkbox"/> 外来受診予約 <input type="checkbox"/> 入院予約				CT・MRI・RI・PET・骨密度・エコー 部位( )		
希望日	□本日        □____月____日希望		□希望日なし				
PET	臨床診断名:						
	1) 保険適用の要件:悪性腫瘍(早期胃癌を除く)の病期診断及び転移・再発診断 2) DPC 対象病院に入院中の患者さんで、包括評価の対象となっている患者さんには施行できませんのでご了承ください。						
病状経過及び検査結果							
既往歴・家族歴							
アレルギー歴							
現在の処方							
備考							
※ 入院中の患者さんが 外来受診される場合	算定入院料			診療科			

※この情報提供書は本人の同意を得て送信しております。

**FAX 用 ( 当院持参用 )**