


紹介先医療機関名

令和 年 月 日

 桐生厚生総合病院

紹介元医療機関

保険者番号										本人
記号・番号									家族	
公費負担者 番号										/
受給者番号										

名称及び所在地

TEL

FAX

医師氏名

保険証のコピーはFAX可 健康保険外 [ 自賠 ・ 労災 ・ 公災 ・ その他 ( ) ]

桐生厚生総合病院の受診歴 ( 有 ・ 無 ・ 不明 ) 貴院に入院中ですか? ( はい ・ いいえ )

ID

フリガナ		生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令	男 ・ 女
患者氏名			年 月 日 ( 歳)	
住 所	〒		TEL	- -

①診察

第1希望 月 日 午前 ・ 午後

第2希望 月 日 午前 ・ 午後

科 先生

傷病名及び 紹介目的	
---------------	--

②放射線検査

検査項目	CT・MR・RI〔骨・Ga・( )シチ〕	検査部位	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・四肢・他 ( )
	骨塩定量 (骨密度) ※右の項目にチェックをお願いします	<input type="checkbox"/> 臥位にて撮影可能 <input type="checkbox"/> 腰椎・大腿骨に金属が入っていない <input type="checkbox"/> 金属ありの場合 挿入部 ( <input type="checkbox"/> 腰椎/ <input type="checkbox"/> 右大腿骨/ <input type="checkbox"/> 左大腿骨 )	
[検査日等]	MRは月～金の12:50・13:00・13:10になります。(1検査1部位)		
早めに ( ) 曜日希望	CTは月～金の13:00になります。(多部位も可)		
その他 ( )	※放射線科医師の判断によりCT⇔MRを変更する場合があります。 骨塩定量 (骨密度) は水・金の14:00・15:00になります。		

地域医療連携室

FAX 0277-20-8174 (直通)

TEL 0277-44-7150 (直通)