

診療情報提供書（超音波検査予約依頼票）

東京北医療センター 地域連携センター あて

FAX送信・病院提出用

FAX 03-5963-3313

フリガナ		年 月 日
患者様氏名	様	医療機関名
生年月日	明 大 昭 平 年 月 日 [歳]	御住所
性別	男 ・ 女	電 話
当院診察券番号	有 () ・ 無	F A X
検査日時	年 月 日 午前・午後 時 分	御担当医

【病名】

【主訴及び臨床所見】※できるだけ詳しくご記入ください。

【検査目的】

ご依頼検査 （項目の□にチェックをお願い致します。）

腹部超音波検査

心臓超音波検査

東京北医療センター 地域連携センター

受付時間 平日 8:30~17:00 土曜日 8:30~12:30

直通 TEL 03-5963-3421

FAX 03-5963-3313

診療情報提供書（超音波検査予約依頼票）

東京北医療センター 地域連携センター あて

FAX送信・病院提出用

FAX 03-5963-3313

年 月 日

フリガナ	トウキョウ キタオ	医療機関名
患者様氏名	東京 北男 様	御住所
生年月日	明大昭平 22 年 6 月 3 日 [68 歳]	電 話 依頼元の医療機関情報
性別	男 ・ 女	F A X
当院診察券番号	有 () ・ 無	御担当医
検査日時	27 年 7 月 1 日 午前・午後 10 時 10 分	

【病名】
記載をお願いします
【主訴及び臨床所見】※できるだけ詳しくご記入ください。
診療情報提供書を兼ねておりますので、できるだけ詳しく記載をお願いします
【検査目的】
記載をお願いします

ご依頼検査 （項目の□にチェックをお願い致します。）

腹部超音波検査

心臓超音波検査

東京北医療センター 地域連携センター

受付時間 平日 8:30~17:00 土曜日 8:30~12:30

直 通 TEL 03-5963-3421

FAX 03-5963-3313