

石川県済生会金沢病院紹介 US 検査申込書

(診療情報提供書)

令和 年 月 日

施設名	TEL _____ FAX _____
医師名	
検査希望日時	令和 年 月 日 () AM・PM(:) ただし、土曜日および放射線科医不在日は予約不可となります
フリガナ 患者氏名	
生年月日	T. S. H. R. / /
性別	男 ・ 女
済生会病院受診歴	有(ID) _____ ・ 無
検査部位	腹部 ・ 甲状腺 ・ 下肢動脈 ・ 下肢静脈 ・ 乳腺
ID-LINK	利用する(紹介医ID _____) ・ 利用せず
データ媒体	CD-R ・ 不要 ・ その他
受渡し方法	患者渡し ・ 郵送 ・ 不要 ・ その他
診断名 :	
検査目的・症状等 :	
持参フィルム	有 ・ 無
・電話予約完了後この用紙をFAXで送ってください ・読影医に緊急検査等が入った場合、読影結果は後日のFAX対応になる場合があります	

石川県済生会金沢病院 地域連携室 電話予約

076-266-1489

石川県済生会金沢病院 地域連携室 FAX

076-266-2990