

別記様式（第5条関係）

受診される方へ◇ この用紙をマイナンバーカード（又は健康保険証）と共に初診受付（12番窓口）へお出してください。別に、診療情報提供書（封書）がありましたらそれもお渡してください。

なお、大和市立病院の診察券をお持ちの方は併せて受付へ提出願います。

検査依頼書 兼 診療情報提供書

大和市立病院長 殿		住所	年 月 日
		医療機関名	
		依頼医師名	
次のとおり検査を依頼します。			
検査内容・部位			
主訴（病名） および検査目的			
患者住所	(TEL)		
フリガナ 患者氏名	(男・女)		
患者生年月日	明・大・昭・平・令	年	月 日生
特殊検査指示			
検査実施日時	年 月 日 ()	午前	時 分
		午後	時 分
備考			

※ 読影後の画像提供方法

◇ CD

※ 利用医師へ：①依頼書は、FAX046-200-3080へ送信後、患者さんへお渡してください。

なお、受付へは、封筒に入れずに提出するようお伝えください。

②必要があれば、診療担当科宛の診療情報提供書を、封書で持参させてください。