

診療情報提供書(CT 検査依頼)

紹介元医療機関名	名称・所在地 TEL・FAX 医師名 ご担当者名															
フリガナ 患者様氏名	男 ・ 女															
生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日															
住所	〒 TEL:															
保 険	☐ 社保 ☐ 国保 ☐ 本人 ☐ 家族							☐ 交通事故 ☐ 労災 ☐ 生活保護								
保険者番号								公 費								
記号・番号																

[illegible]

医療法人朋愛会 朋愛病院 地域医療連携室 TEL:06-6973-7100 FAX:06-6973-3322

受付時間:月～金 9:00～17:00

※上記以外でも FAX をお送り頂ければ、
翌日又は休日明けにお返事いたします。

2025.8.20 作成