

診療情報提供書

①紹介医療機関控
②江戸川病院カルテ控

紹介先医療機関名

年 月 日

江戸川病院

ご紹介医療機関名

ご住所 〒

科

先生

TEL

FAX

放射線科行

医師氏名

当院受診歴 (有・無)

印

受診者氏名	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	職業
			明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
現住所	〒 ー 都道 区 府県 市郡			
電話番号				
予約日	年 月 日 AM PM 時 分			

傷病名			
紹介目的	MRI・CT・RI・骨密度測定・その他 ()		
単純撮影 造影撮影	検査部位	1. 頭部 2. 頸部 3. 頸椎 (C 番中心) 4. 胸椎 (Th 番中心) 5. 腰椎 (L 番中心) 6. 胸部 7. 腹部 8. 骨盤部 9. 四肢	
		その他目的臓器	
既往歴及び 検査結果	薬剤アレルギー (有 無)		
治療経過			
現在の処方			
備考			
添付書類	(有・無) <input type="checkbox"/> 画像診断フィルム <input type="checkbox"/> 心電図記録 <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他		

ご案内 (診療申込書)

紹介先医療機関名

年 月 日

江戸川病院

ご紹介医療機関名

ご住所 〒

科

TEL

先生

FAX

放射線科行

医師氏名

当院受診歴 (有・無)

Ⓔ

受診者氏名	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	職業
			明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
現住所	〒 ー 都道 区 府県 市郡			
電話番号				
予約日	年	月	日 AM PM	時 分

◇受診時間 平日/午前 8:20~11:30
/午後 12:00~16:00
土曜日/午前 8:20~11:00

※予約時間の30分前までにお越しください。

◇診察時間 平日/午前 9:00~12:00
/午後 13:00~17:00
土曜日/午前 9:00~12:00

◇休診日 日曜日、祝祭日
年末年始(12/29~1/4)
※但し、12/29、1/4は土曜日
体制にて診療を行います。

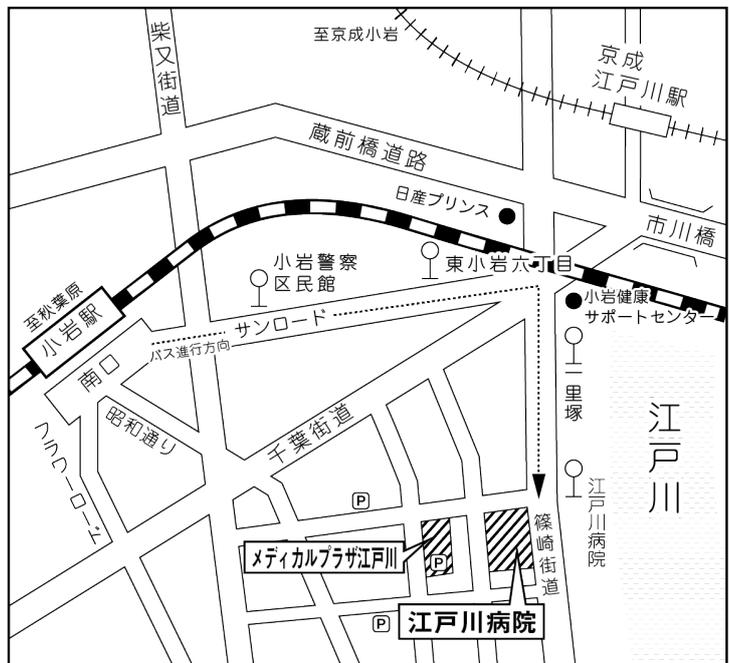
◇お持ちいただくもの

- ①紹介状 (診療情報提供書) ②同意書
- ③診療申込書 (本用紙)
- ④保険証 (保険適用の場合)
※交通事故、労災等の場合はお問合せ下さい。
- ⑤公費医療証 (但し、他県にお住まいの方につき
ましてはお取り扱いできない場合もあります。)
- ⑥レントゲンフィルム、検査結果等
(必要な場合のみ)
- ⑦診察券 (当院の診察券をお持ちの場合)

◇お問い合わせ 地域連携室

0120-518-120 (フリーダイヤル・直通)
03-3673-1221 (代表)
03-3673-1025 (放射線科・直通)

《交通案内》



- 京成バス：JR小岩駅南口より2番乗場から
72番系統バスにて約8分
(江戸川病院) 江戸川病院下車すぐ
(メディカルプラザ江戸川) 江戸川病院下車約300m直進
- タクシー：JR小岩駅南口より約4分
- 徒歩：JR小岩駅南口より徒歩約16分
京成江戸川駅より徒歩約14分