

放射線科画像診断用診療依頼書

★ 病診連携 ご利用方法 ★

1. 放射線科検査(CT・MRI・RI等)のご依頼は、『放射線科画像診断用診療依頼書 (FAX送信票)』(本書様式①)に必要事項をご記入いただき、地域医療連携室 65-2730へFAXで送信してください。
2. ご送信いただきました『放射線科画像診断用診療依頼書 (FAX送信票)』に基づき、地域医療連携室で、検査の日時を確認し『ご紹介患者様 診察受付票』と『検査予約票』をFAXで返信します。(MRIの場合はチェックリストもあり)
3. 紹介元医療機関様は、『ご紹介患者様 診察受付票』・『検査予約票』・『放射線科画像診断用診療情報提供書』(本書様式②)を患者様へお渡しください。(MRIの場合はチェックリストも)
4. 患者様は、『ご紹介患者様 診察受付票』・『検査予約票』・『放射線科画像診断用診療情報提供書』(本書様式②)・健康保険証(組合員証)・診察券(お持ちの方のみ)をご持参のうえ、予約診療日に市立長浜病院、患者総合支援センター窓口へお越しください。
5. 患者様にご持参いただく『放射線科画像診断用診療情報提供書』(本書様式②)は、当院専用の緑色の封筒をお使いください。(貴院の紹介用紙、封筒をご使用していただいても結構です。)
6. 受診状況につきましては、『来院報告』を地域医療連携室よりFAXで送信させていただきます。
7. 『放射線科画像診断用診療依頼書』(本書)、封筒(当院専用)の追加につきましては、地域医療連携室までご連絡いただければ郵送させていただきます。

◆放射線科画像診断用診療依頼書について(本書3枚つづり)◆

- | | |
|----------|--|
| 様式①(1枚目) | 放射線科画像診断用診療依頼書(FAX送信票)
・患者情報を記入していただきFAX送信してください。 |
| 様式②(2枚目) | 放射線科画像診断用診療情報提供書(市立長浜病院用)
・患者様へお渡しください。(当院専用の緑色封筒をご利用ください。) |
| 様式③(3枚目) | 放射線科画像診断用診療情報提供書(紹介元医療機関控) |

市立長浜病院 地域医療連携室

FAX (0749) 65-2730

TEL (0749) 65-2720 (直通)

68-2345 (直通)

TEL (0749) 68-2300 (代表)

【受付時間】

- ・午前8時30分～午後7時00分(一部検査はのぞく)
(毎週木曜日は午後5時00分まで)
- ・受付後、診察受付票、検査予約票をFAXにて返信します。
(時間外・休診日のFAXの受付は、翌診療日の返信になります。)