様式２　　請求（　有　・　無　）

画像情報の提供依頼書

藤枝市立総合病院（　　科）御中

地域医療連携室　ＦＡＸ：０５４－６４６－１１７６

治療に必要な理由で、藤枝市立総合病院に保管されている診療に関する記録（撮影画像等）の提供をお願いいたします。なお、この依頼にあたっては、当医院の個人情報保護指針を遵守いたします。

《患者情報》　氏　　名：（　　）
生年月日：（大・昭・平・令　　年　　月　　日）
患者ＩＤ：（　　）※わかる範囲で結構です。

《依頼内容》

内　容	枚　数	部　位	撮影月日（頃）	フィルム	ＣＤＲ
レントゲン					
ＣＴ					
ＭＲＩ					
病理関連				必ず返却してください。	
その他					
診療内容 （具体的内容）					

※撮影部位や枚数を主治医に一任する場合は空欄にしてください。

《依頼者》　医療機関名
医師名
連絡先
※原本は診療所での保管をお願いします。

《返却》貸出しの場合は連携室経由で返却してください。
実費で提供した場合は返却の必要はありません。

依頼受付日	診療科依頼日	放射線科依頼日	フィルム出来上がり日	依頼者 出来上がり連絡	フィルム引渡日