

診療情報提供書 [紹介状]

MRI-CT

送付先

FAX: 078-652-8275

年 月 日

三菱神戸病院

<紹介元医療機関>

名称

所在地

診療科・医師名

TEL

FAX

放射線 科 先生

フリガナ	男・女
患者氏名	様
大正・昭和 平成・令和	年 月 日 () 歳
住所: 〒	市
保険者番号 記号	本人・家族 番号
	公費負担番号 公費受給者番号
希望日	第一希望: 月 日 時 分 (月 日)以降いつでも良い 第二希望: 月 日 時 分 都合の悪い日:
検査部位	<input type="checkbox"/> CT (単純・造影) <input type="checkbox"/> MRI (単純・造影) ※造影を選択される場合、腎機能がわかるデータ(3か月以内)を事前にFAXください 部位:
留意事項	[体内金属] 無・有 [造影剤アレルギー] 無・有・不明 [心臓ペースメーカー] 無・有 [妊娠] 無・有 (女性のみ)
既往歴	薬剤アレルギー 無・不明・有 ()
症状経過 治療経過 検査結果	<input type="checkbox"/> 別紙参照
現在の処方	<input type="checkbox"/> 別紙参照