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

放射線　　科　　先生

＜紹介元医療機関＞
名称
所在地
診療科・医師名
ＴＥＬ
ＦＡＸ

フリガナ		男・女
患者氏名	様	

大正・昭和 平成・令和　　年　　月　　日（　　）歳	自宅：　　－　　－ 携帯：　　－　　－
住所：〒　　－ 市	
保険者番号　　本人・家族 記号　　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	□ CT（ 単純 ・ 造影 ）　□ 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） ［糖尿病］ 無 ・ 有　［喘息］ 無 ・ 有　［閉所恐怖症］ 無 ・ 有
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	□ 別紙参照
現在の処方	□ 別紙参照