

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	男・女	
大正・昭和 平成・令和	年 月 日 () 歳		自宅: - - 携帯: - -
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) [糖尿病] 無・有 [喘息] 無・有 [閉所恐怖症] 無・有 [入れ墨 (タトゥー・アートメイク・アイライン等を含む)] 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	<input type="checkbox"/> 別紙参照		
現在の処方	<input type="checkbox"/> 別紙参照		