

診療情報提供書 (画像診断)

平成 年 月 日

紹介先医療機関

医療機関名

瀬口脳神経外科病院

電話番号 () -

担当医 宛

FAX番号 () -

担当医師名

フリガナ		性別	生 年 月 日		
患者様 氏名		男・女	明治	大正	年 月 日 歳
			昭和	平成	
住 所					
電話番号(連絡の取れる所・携帯)	()				-

医療情報	
傷病名	
既往歴、症状経過、診療経過等	

希望検査名	(必要な項目を1つチェック又は でかこんで下さい、四肢は左右のどちらかを)		
紹介目的	MRI 検査		CT 検査
	撮影のみ	撮影 + 読影レポート	撮影 + 診察
撮影部位	頭部 胸部 腹部 (上腹部 ・ 下腹部)	右 関節 (肩 ・ 肘 ・ 手 ・ 股 ・ 膝 ・ 足)	左
	頸椎 胸椎 腰椎	その他 ()	

撮影指示内容 (詳細な内容)


