

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	<input type="checkbox"/> MRI 検査		<input type="checkbox"/> CT 検査
	<input type="checkbox"/> 撮影のみ	<input type="checkbox"/> 撮影+読影レポート	<input type="checkbox"/> 撮影+診察
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (上腹部 ・ 下腹部) <input type="checkbox"/> 右 関節 (肩 ・ 肘 ・ 手 ・ 股 ・ 膝 ・ 足) <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 ()		

撮影指示内容 (詳細な内容)

