

診療情報提供書

C T 検査依頼書

紹介先

令和 年 月 日

医療法人社団衿正会

生駒病院 医療福祉連携部 宛

医師

紹介医療機関名

紹介医師名

TEL

FAX

第1受診希望日 令和 年 月 日 時間 午前・午後 時 分頃

第2受診希望日 令和 年 月 日 時間 午前・午後 時 分頃

フリカ`ナ	男	生年月日	明・大・昭・平		
患者氏名	女		年 月 日(歳)		
患者住所	TEL () -				
傷病名(主訴)					
既往症					
症状経過等					
検査部位	頭部	頸部	胸部	腹部	骨盤部
	椎体	その他()			
※造影剤の必要性	有	無			
有の場合	アレルギーの有 無				
	※最近の血液検査の結果を添付してください。				
※結果報告は、読影後の後日渡しとなります。					
写真について、(フィルム CD)で(本日・翌日 結果報告と一緒に)渡しを希望します。					

Fax送信先 医療福祉連携部(直通) : 072-767-2295