

診療情報提供書

CT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 御中

担当医 先生 御侍史

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	※身長: cm
有の場合	アレルギーの有 無		※体重: kg
※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、ディスクで(本日・翌日 結果報告と一緒に)渡しを希望します。			

FAX:072-767-2295 (医療福祉連携部直通)