

診療情報提供書（検査依頼書）

医療法人 社団 恵仁会
なぎ辻病院 担当医 宛

平成 年 月 日

紹介元 医療機関名 _____
所在地 _____
電話番号 _____ F A X 番号 _____
診療科・医師氏名 _____ ㊟

フリガナ		予約時間 (受診日)	平成	年	月	日
患者氏名			午前	午後	時	分
住所			電話			
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	(歳)
検査種類	<input type="checkbox"/> MRI 検査 (単・造) (部位 : _____) 体内金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位 : _____)					
	<input type="checkbox"/> CT 検査 (単・造) (部位 : _____)					
主訴 または 現病名 および 検査目的						
治療経過 および 検査結果						
備考						

主治医の皆様へ

MRI・CT検査予約は当院放射線科へ直接電話にてお取りください。(075-591-1131)
検査日決定後、この診療情報提供書を郵送・又は患者様経由で当院にお持ちください。
MRI検査依頼の場合、体内金属の有無を必ずご記入ください。