

# 診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関名 医療法人大植会 葛城病院

〒

放射線科 担当医 殿

電話

FAX

診療科名

医師氏名

印

患者氏名..... 生年月日 ( 歳)  
患者住所 .....  
電話番号 職業

傷病名

紹介目的

CT 検査依頼 部位は下記の通り

症状、治療経過および検査結果

現在の処方

検査部位  頭部 ( )  頸部 ( )  
 胸部 ( )  腹部 ( )  
 腹部～骨盤 ( )  骨盤部 ( )  
 関節 ( )  その他 ( )

造影剤使用時体重 kg

造影剤使用  不要  要 (造影剤使用時別紙申請票の記入もお願いいたします)

※ 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保険所名を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。必要がある場合は続紙に記載して添付すること。必要がある場合は画像診断、検査の記録を添付すること。