

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 ()

※ 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。

