

# 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 腹部造影超音波検査依頼
症状、治療経過および検査結果
現在の処方
検査部位 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ( )
造影剤使用時体重 kg
造影剤使用 <input type="checkbox"/> 要 (造影剤使用時は別紙問診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。

