

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

<u>傷病名</u>

<u>紹介目的</u>
腹部造影超音波 検査依頼

<u>症状、治療経過および検査結果</u>

<u>現在の処方</u>

<u>検査部位</u>
<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。
必要がある場合は添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。