

# 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

( 年 )

患者住所 \_\_\_\_\_

電話番号

職業

傷病名

紹介目的

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"/> 頸 部                 | <input type="checkbox"/> 心 臓           |
| <input type="checkbox"/> 肝 硬 度 測 定           | <input type="checkbox"/> 腹 部 (肝・胆・脾・腎) |
| <input type="checkbox"/> 骨 盤 腔 (前立腺・膀胱・ )    | <input type="checkbox"/> そ の 他         |
| <input type="checkbox"/> 血 管 (頸・大動脈・上肢・下肢・ ) |  |

※ 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基局、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。

必要がある場合は統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。