

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

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・膵・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。