

診療情報提供書（MRI・CT検査依頼書）

東京西徳洲会病院 記載日 平成 年 月 日

科

紹介元医療機関名

宛

所在地 〒

TEL

FAX

検査予約日時

診療科

依頼医師名

平成 年 月 日(曜) 午前・午後 時 分

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明・昭 大・平 年 月 日生(才)
住所	〒		電話
前回受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (徳洲会病院診察券No.)		

①傷病名（既往歴、家族歴、症状、経過及び検査結果、治療経過など）	検査項目
	<input type="checkbox"/> MRI 検査 <input type="checkbox"/> CT 検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> RI 検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査
②紹介・検査目的	
③現在の処方	検査依頼の場合、検査目的並びに検査方法（造影の有無等）もご記入下さい。