診療情報提供書(紹介状)　〔MRI/CT依頼書〕

電話受　　　月　　　日　　　：　　　　　　　　　　　担当者

令和　　　年　　月　　日

紹 介 元 機 関

所　　在　　地

T E L / F A X

医 師 氏 名

|  |  |
| --- | --- |
| フ リ ガ ナ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 患者氏名 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　　年　　　　月　　　　日生（　　　歳） |
| 住　　所 | 〒　　　-　　　TEL（　　　）　　　- |
| 神戸朝日病院での受診歴 | 有　　　・　　　無　　　・　　　不明 |
| MRI | 単純　/　造影 | ☐頭部　☐頚部　☐頭頚部　☐胸部　☐腹部　☐骨盤　☐四肢　☐MRCP☐脊椎（頚椎・胸椎・腰椎・仙尾椎）☐関節（手・肘・肩・股・膝・足）☐その他（　　　　　　　　　　　　） |
| CT | 単純　/　造影 | ☐頭部　　☐胸部　　☐上腹部　☐下腹部　☐その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 診断名：　　　　　　 | 主訴： |
| 患者情報（臨床経過、検査目的、他の検査結果　等） |
| 検査希望日第1希望　　　年　　月　　日（　　）　第2希望　　　年　　月　　日（　　）☐希望日なし　　　☐ご都合のわるい日時（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 主保険 | 保険者番号 | 記号・番号 | 本人 |
|  |  |  |
| 併用保険 | 負担者番号 | 受診者番号 | 種別 | □有　□無 |
|  |  |  |