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 | | |
|  | |  | | |  |