

電話受

月

日

:

担当者

診療情報提供書(紹介状) [MRI/CT 依頼書]

令和 年 月 日

紹介元機関

所在地

TEL / FAX

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	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙尾椎) <input type="checkbox"/> 関節 (手・肘・肩・股・膝・足) <input type="checkbox"/> その他 ()
CT	単純 / 造影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 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 () <input type="checkbox"/> 希望日なし <input type="checkbox"/> ご都合のわるい日時 ()		
主保険	保険者番号	記号・番号
併用保険	負担者番号	受診者番号
		種別
		本人 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無