画像診断治療センター診療情報提供書

|  |
| --- |
| 検査日時 |
| 令和　　　年　　　月　　　日　　　曜日　　　午前・午後　　時　　分 |
|  |
| 検査項目　　 |
| １．CT （単純のみ・造影あり・未定）　検査部位：２．MRI（単純のみ・造影あり・未定）　検査部位：３．RI （骨・ガリウム・その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 紹介元医療機関 |
| 貴病医院名 | 　 |
| ご紹介医師名 | 　　　　　　　　科　　　　　　　　　　　　　先生 |
| ご連絡先 | 電話:　　　　　　　　　　　　　FAX： 　　　　　　　　　 |
| 画像配布方法 | フィルム　・　CD　　（どちらか○で囲んでください） |
|  |
| 患者さん情報 |
| フリガナ |  |
| ご氏名 | 　男　・　女 |
| 生年月日 | M・T・S・H・R　　　年　　月　　日 | 電話：( ) - |
| ご住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 診断・主訴 |  |
| 検査目的 |  |
| 病歴など | 熊本赤十字病院 |

画像診断治療センター　 電話：096-384-2111（内線）7130

 　　　FAX：096-384-8816