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