

患者紹介・診療情報提供書

紹介先医療機関

津田沼中央総合病院

病診連携室行き F A X

所在地

医療機関名

平成 年 月 日

放射線科 担当医 行

T E L

F A X

医師氏名

㊞

・津田沼中央総合病院受診歴 (有/無)

*有の場合のみ 科 年 月頃

公費負担者番号							
公費負担医療の受給番号							

負担割合

1割・3割

保険者番号							
記号・番号							
被保険者との続柄							本人・家族

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	男・女
患者氏名				
住所	㊞		TEL ()	

予約日	年 月 日 () 午前・午後 時 分
検査項目	MRI・MRA・CT・骨塩定量検査・MDL・BE・DIC・DIP (※MRI 検査の場合 心臓ペースメーカー及び体内金属の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
部位	(単純・造影)
アレルギー	有 () ・ 無
臨床診断 現病歴 既往歴 (手術歴) 家族歴 その他	
感染症	有 (HBS 抗原、HB 抗体、W 氏、HCV、その他) ・ 無