

患者紹介・診療情報提供書

病診連携室行FAX

紹介先医療機関

西暦 年 月 日

津田沼中央総合病院

所在地

医療機関名TEL

放射線科 担当医 行

FAX

医師氏名

Ⓜ

津田沼中央総合病院 受診歴 (有 ・)

公費負担者番号					
公費負担医療の受給者番号					

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

負担割合 1割・2割・3割

フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
患者氏名		性別	男 ・ 女 ・ その他
住所	Ⓜ	TEL	()

予約日時	年 月 日 () 午前 ・ 午後 時 分
検査項目	MRI ・ MRA ・ MRCP ・ CT ・ 骨塩定量 ・ その他 ()
部位	(みぎ ・ ひだり) (単純 ・ 造影)
MRIのみ	心臓ペースメーカー及び禁忌体内金属 (有 ・ 無) * 有の場合MRI検査不可
造影のみ	造影剤アレルギー (有 ・ 無) 感染症 (有 ・ 無) * 有の場合()
	糖尿病薬 (有 ・ 無) * 有の場合 薬剤名()
	クレアチニン値 () mg/d l 年 月 日採血
依頼病名	
検査目的	
既往歴	
手術歴	
症状	
など	