診療情報提供書（患者紹介状）

ＭＲ

　古河赤十字病院　外来担当医殿

　受診予定日　　　　　　　　　　　　　　　　　〒306-0014　　茨城県古河市下山町1150

平成　　　年　　　月　　　日

午前・午後　　　　時　　　分

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　0280-23-7111（代表）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ　　0280-23-7120

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＭＲ　室　（内線　1200）

　ご紹介元

施設名・診療科名

医師名

住所

ＴＥＬ・ＦＡＸ

　ご紹介患者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | 男・女 | Ｍ・Ｔ　　年　　月　　日生  Ｓ・Ｈ  　　　　　 （　　　　　）歳 |
| 患者氏名 |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ・ＦＡＸ | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 疾患名（臨床診断） | | | |
| 目的部位　　頭 （ 全脳　 下垂体　 内耳道　 眼窩 　副鼻腔）　頸部　 胸部　 腹部 　心・大血管  　　骨盤部　 脊椎 （頸・胸・腰）　脊髄 （頸・胸・腰）　四肢 （肩・股・膝）　 その他 | | | |
| 撮影方法 | 単純のみ | 造影のみ | 単純　＋　造影 |
| 症状経過・治療経過・検査結果・現在の処方など　（できる限り具体的にご記載願います）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　検査日　Ｈ　　　年　　　　月　　　　日  造影検査の場合は必ずご記入下さい。クレアチニン値〔　　　　　　　　〕　（3ヶ月以内の検査結果有効） | | | |
| 体内金属（ 有　無 ）（有）の場合具体的に（　　　　　　　　　）　 喘息の既往（ 有 無 ） | | | |
| 持参資料　 （ 資料なし　　ＣＴ　　ＭＲ　　Ｘ線写真　　心電図　　検査記録　　その他（　　　　 ）） | | | |

お願い　ご不明な点・ご紹介内容の変更などがございましたら、当院放射線科までお問い合わせ願います。