

診療情報提供書



ぎおん牛田病院

FAX : 082-850-2600

TEL : 082-850-3116

希望日なし

検査希望日①平成 年 月 日 () AM・PM

検査希望日②平成 年 月 日 () AM・PM

紹介元	医療機関名
	所在地
	医師名
	TEL () -
	FAX () -

ふりがな		性別		明・大・昭・平			
患者氏名	様	男・女	生年月日	年	月	日	(歳)
住所	〒		TEL	() -			
保険情報	保険者番号		公費負担者番号				
	記号・番号		公費受給者番号				
	続柄	本人 ・ 家族		公費負担者番号			
	前高・後高(割)・原・障・特・一人			公費受給者番号			

検査依頼	MRI ・ CT (○で囲んでください)		
検査部位			
造影検査	<input type="checkbox"/> 単純のみ	<input type="checkbox"/> 造影希望	<input type="checkbox"/> 造影一任

検査目的 ・ 既往歴 ・ 臨床経過 ・ 治療経過