

診療情報提供書(紹介状)

画像検査依頼用

紹介先医療機関名 川崎協同病院 川崎市川崎区桜本2丁目1-5 044-299-4781

記入日 年 月 日

紹介元医療機関名

住所

電話番号

※ 判子や名刺でも結構です

医師名 印

検査予約日時 年 月 日 時 分

フリガナ

患者氏名 男 ・ 女 年 月 日生

主訴および傷病名

臨床所見および検査目的

ご依頼検査内容 ご予約の検査と部位に☑をお願いいたします。項目にない部位は余白に記入をお願いします。

検査	部位
<input type="checkbox"/> 単純 CT 画像+読影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 腹部～骨盤
<input type="checkbox"/> 単純 MRI 画像+読影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤
<input type="checkbox"/> 一般撮影 画像のみ	撮影部位と撮影方向の記入をお願いいたします。(例 胸部 2方向)
<input type="checkbox"/> 骨密度測定	腰椎・股関節の2部位を測定します。
結果返し方法	画像の CD-R とレポートを後日配送いたします。変更の場合は☑してください。 <input type="checkbox"/> フィルムに変更 <input type="checkbox"/> 画像を当日患者に渡す(レポートは後日です)

情報提供書は早めに FAX (044-266-1977) をお願い致します