

診療情報提供書 (画像診断予約票)

熊本総合病院宛

独立行政法人 地域医療機能推進機構

紹介元

熊本総合病院

医療機関名

放射線科 宛

医師氏名

印

熊本県八代市通町10番10号

電話番号

直通電話:0965-35-9198 (FAX兼用)

FAX番号

患者氏名		患者	市・郡	町・村
性別・年齢	男・女 () 歳	住所		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	電話番号	() -	

希望検査項目	<input type="checkbox"/> C T	<input type="checkbox"/> M R I	<input type="checkbox"/> R I	<input type="checkbox"/> その他 ()
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 肝・胆・膵・脾
	<input type="checkbox"/> 腎・副腎	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎
	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 四肢 ()
	<input type="checkbox"/> シンチ ()	<input type="checkbox"/> その他 ()		
造影の可否	<input type="checkbox"/> 単純撮影のみ	<input type="checkbox"/> 造影希望 (血清クレアチニン値		mg/dL)

傷病名	
紹介目的	
経過及び検査結果	
備考 【画像情報】	<input type="checkbox"/> CDR 要 <input type="checkbox"/> CDR 不要 <input type="checkbox"/> その他 ()