

# 診療情報提供書・検査紹介用

長野市民病院御中

年 月 日

紹介元医療機関 紹介医師氏名 (住所・電話番号)	(TEL )
紹介先診療科 医師氏名	放射線科担当医 様

患者情報	フリガナ		男	生年月日 ( 歳)
	氏名		女	明・大・昭・平・令 年 月 日
	住所	(〒 )	(TEL )	

<b>傷病名</b>				
X線CT検査	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影	核医学検査	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> 甲状腺
MRI検査	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影		<input type="checkbox"/> その他 ( )
必要な項目に チェック	<input type="checkbox"/> 画像データを患者さんにお渡し			画像と報告書は郵送致します
	<input type="checkbox"/> 読影報告書のFAX送信			骨密度検査 <input type="checkbox"/> 腰椎正面 <input type="checkbox"/> 右大腿骨 <input type="checkbox"/> 左大腿骨
	<input type="checkbox"/> 読影報告書を患者さんにお渡し			複数選択可・結果は患者さんにお渡しします

CT・MRに関しては検査対象部位を下記に記載してください

【病歴・検査目的】