

ご紹介ありがとうございます。
画像診断は富永クリニックにて賜ります。
検査終了後、貴院へ所見と、CD-Rをお送りいたします。

FAX (06)6643-7550

社会医療法人寿会富永クリニック
(直通Tel 06-6643-2660)

診療情報提供書(画像診断 依頼)

平成 年 月 日

【紹介先医療機関】

富永クリニック

【ご紹介元医療機関】

所在地

名称

医師名

TEL ()

FAX ()

担当医 先生

フリガナ		
氏名	男・女	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 自費
生年月日	(M・T・S・H) 年 月 日	
紹介目的	<input type="checkbox"/> MRI (<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> VSRAD) <input type="checkbox"/> MRA (<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部) ※禁忌事項確認 ペースメーカー (無・有) 刺青 (無・有) 体内金属 (無・有) 妊娠 (無・有) 脳動脈瘤クリップ (無・有) ステント (無・有) <input type="checkbox"/> CT (<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部)	
希望受診日	① 月 日 時 ② 月 日 時 ③ 月 日 時	
(依頼内容) 主訴・既往歴 病状経過等	貴院書式の診療情報提供書を添付して頂いても結構です。 <input type="checkbox"/> 別紙参照	