

年 月 日

# 診療情報提供書 (検査依頼)

共立蒲原総合病院 地域医療支援室

医院名 \_\_\_\_\_

機器共同利用 読影担当医 先生御侍史

紹介医 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

フリガナ	
紹介患者氏名	
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 (男・女)
住所	〒
電話番号	当院受診歴 なし・あり (蒲原病院 I D )

希望検査日時	年 月 日 ( ) 時 分
--------	---------------

ご希望の検査  MRI ・ CT ・ 骨密度 ・ その他 ( )  
 (〇印をつけて下さい)  A コース (読影あり) ・ B コース (読影なし)  
B コースの場合は、事前に契約を交わして頂きます。

撮影部位	< 単純 ・ 造影 > (クレアチニン _____ mg/dl)
------	-------------------------------------

※造影剤使用の場合は、同意書と最新クレアチニンの値が必要です。

臨床診断名 (疑い等) ※必ずご記入下さい	
〈現症および依頼事項〉 ※必ずご記入下さい	