

診療情報提供書

FAX 0463-72-5798

氏名：

生年月日： 年 月 日 性別：

日中連絡のとれる電話番号： — —

住所：

紹介元医療機関名の所在地及び名称：

電話番号： — —

診療科名：

ご担当医師名：

印

ご担当医

科

先生

予約日時（紹介元医療機関からのご予約）

月 日 （ ） 午前/午後 時 分 より

検査区分

☐MRI ☐CT ☐骨密度

依頼内容

- ☐頭部 ☐顔面 ☐顎関節 ☐下垂体 ☐副鼻腔 ☐聴器
☐頸部
☐頸椎 ☐胸椎 ☐腰椎 ☐仙椎
☐肺 ☐縦隔
☐腹部 ☐前立腺 ☐子宮卵巣 ☐骨盤
☐肩（左・右） ☐手（左・右） ☐手関節（左・右） ☐肘（左・右）
☐膝（左・右） ☐股 ☐足関節（左・右）
☐その他（ ）

傷病名・紹介目的

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過

現在の処方・備考