

診療情報提供書(紹介状)[CT・RI・超音波・ファイバー]

神鋼記念病院 放射線診断科 御中
消化器内科

年 月 日

名称
住所 〒
医師名

印 TEL

患者	(フリガナ)					神鋼記念病院受診歴	
	氏名					1.有 2.無	
	生年月日	年 月 日生(歳)				職業:	
	住所	〒					
TEL:自宅		-	-	連絡先		-	-
保険者番号				記号		番号	
						負担割合	
						割	
被保険者氏名		本人・家族		有効期限		年 月 日	
公費負担者番号				公費受給者番号			
				負担割合		割	
有効期限		年 月 日		負担金額		円	
検査希望日							

診断名		検査名	
-----	--	-----	--

紹介目的 (主訴・現病歴・検査所見・治療経過・現在の処方・家族歴・その他)

患者に対する留意事項、薬剤アレルギー