

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 | | 性別 | 男性・女性 | 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