

# 診療情報提供書(紹介状)[MRI]

神鋼記念病院 放射線診断科 御中

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
								割	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
								割	割
有効期限		年 月 日		負担金額			円		
検査希望日									

診断名		検査部位	
-----	--	------	--

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

※ 患者の体内に心臓ペースメーカーや磁性体・金属物などがあるかどうかの確認は必ず行ってください。