

診療情報提供書

平成 年 月 日

紹介先医療機関名
千葉外科内科病院
(FAX 048-252-1503 TEL 048-252-3381)
放射線科 (口予約済)

検査予定日時 月 日 時 分

紹介元医療機関名:
住 所:
電話番号:
FAX番号:
医師名:

フリガナ:	
患者氏名:	様 性別: 男・女
患者住所:	電話番号:
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日 ()歳	

保険者番号		記号		番号	
資格取得年月日	昭・平 年 月 日	被保険者名		本人・家族・世帯主()	
公費負担者番号		公費受給者番号		負担割合	割

【傷病名・検査目的】

【撮影部位】	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤部・椎体部() 上肢() 下肢() その他()
	造影剤使用有無 (有 ・ 無)