

## 診療情報提供書

秀和総合病院

放射線科 ご担当医師先生 御侍史

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

担当医師名

フリガナ	
患者氏名	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所	〒 ー
電話番号	
傷病名	
紹介目的	精査・加療・検査
	C T <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 部位 ( ) クレアチン値 _____ mg/dl (検査日 年 月 日)
	M R I <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 部位 ( ) クレアチン値 _____ mg/dl (検査日 年 月 日)
	内視鏡 <input type="checkbox"/> 上部
	超音波 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺
	心電図 <input type="checkbox"/> ホルター心電図
	R I <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> MIBG <input type="checkbox"/> DATscan <input type="checkbox"/> SPECT
既往歴・臨床経過	
現在の処方	
<input type="checkbox"/> 検査のみ希望 結果説明は当院で実施いたします。	