

診療情報提供書（紹介状兼画像診断依頼状）

年 月 日

紹介先医療機関名 医療法人 慈光会 甲府城南病院
担当医 放射線科 担当医 御侍史

医療機関所在地
医療機関名
電話番号
FAX 番号
医師氏名

フリガナ				
患者氏名				
生年月日	年	月	日（ 歳）	性別 男 ・ 女
患者住所				身長 cm
電話番号				体重 kg

CT	☐ 頭部	☐ 脊椎（ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ）
	☐ 腹部	☐ その他・詳細部位（ ）
MRI	☐ 頭部	☐ 脊椎（ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ）
	☐ その他・詳細部位（ ）	
	※体内金属（ 有るが撮影 OK ・ 無 ）	
詳細（ ）		

病名・主訴
検査目的
症状経過（既往歴及び家族歴・治療経過など）