

患者紹介・診療情報提供書

紹介先医療機関

津田沼中央総合病院

病診連携室行き FAX

平成 年 月 日

所在 地

医療機関名

放射線科 担当医 行

T E L

F A X

医 师 氏 名

(印)

・津田沼中央総合病院受診歴 (有／無)

*有の場合のみ 科 年 月 頃

公費負担者番号	□ □ □ □ □ □ □
公費負担医療の受給番号	□ □ □ □ □ □ □

負担割合

1割・3割

保険者番号	□ □ □ □ □ □
記号・番号	▪
被保険者との続柄	本人・家族

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平 年月日(歳)	男・女
患者氏名				
住所	(〒)		TEL ()	

予 約 日	年 月 日 () 午前・午後 時 分
検査項目	MRI・MRA・CT・骨塩定量検査・MDL・BE・DIC・DIP (※MRI検査の場合 心臓ペースメーカー及び体内金属の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
部 位	(単純・造影)
アレルギー	有 () ・ 無
臨床診断	
現病歴	
既往歴 (手術歴)	
家族歴	
その他の	
感染症	有 (HBS抗原、HB抗体、W氏、HCV、その他) ・ 無