|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **診 療 情 報 提 供 書** |
| 紹介先医療機関等名　　HMT画像診断クリニック tel 053-411-1790 fax 053-411-1791 　　担当医　倉沢　淳　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　日 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介元医療機関の所在地及び名称 |  |
|   |  |
| 医師氏名 |   |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 患者氏名 | 　　 |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | 性別 | 　　　男　・　女 |
| 電話番号 | 　　　　  |

|  |  |
| --- | --- |
| 紹介目的 | CT MRI 超音波　　　マンモグラフィ　　検査のご依頼 |
| 部位 | 頭部　　頚部　　胸部　　腹部　　骨盤　　脊椎　　四肢　　心臓　　その他（　　　　　　） |
| 造影 | なし　　　　あり　　　　一任 | 腎機能（分かれば） | Cr eGFR |
| 追加検査 | なし　　　一任 |
| 症状経過/検査目的 |   |
| 既往歴 |   |
| 結果説明予定日 | 　　　　　月　　　　日　　（決まっていればご記入下さい。） |
| 備考 |   |

 |