

診療情報提供書

年 月 日

紹介先医療機関名

医療法人 尚豊会
みたき総合病院 担当科 御中

紹介元医療機関の所在地及び名称

患者名

様

生年月日 年 月 日生 才(男・女)

住所

電話番号

医師氏名

印

診断名：

MR検査 ・ CT検査 単純 ・ 造影

No

検査日時： 年 月 日 時 分

感染症：

身長：

cm

体重：

kg

MRA MRCP MRmyero MRHydoro
 CTA CT Colonography

■ 目的部位 該当部位がなければ()内へ記入してください。

- 頭 部：脳・眼窩・副鼻腔・聴器 ()
- 頸 部：甲状腺・耳下腺・顎下腺 ()
- 胸 部：肺・縦隔・乳房 ()
- 腹 部：全体・消化器・大動脈 ()
- 上腹部：肝・胆・脾・腎 ()
- 骨盤部：子宮・卵巣・膀胱・前立腺 ()
- 椎 体：頸椎・胸椎・腰椎 (~)
- 四 肢：肩・肘・手関節・膝・足関節 ()

■ 検査目的及び希望事項を記入してください。