

診療情報提供書

(紹介先医療機関)

荏原病院 放射線科 御中 (担当医 殿)

(紹介元医療機関)

作成日 年 月 日

住所

TEL

施設名

FAX

担当医

検査日時	年 月 日() 時 分			
予約項目		検査部位		
荏原病院患者ID			受診歴	
フリガナ 患者氏名				
生年月日		性別	年齢	
患者住所	〒			
電話番号				

現病名/主訴	
検査/紹介理由	
既往歴/感染症/ 造影剤アレルギーなど	
体内金属	
治療経過/現在処方	
注意事項/特記事項	