

紹介状 (診療情報提供書)

M R I / C T 検査・読影依頼

紹介先医療機関

荒木脳神経外科病院内

画像診断予約センター

〒733-0821 広島市西区庚午北2丁目8-7

TEL 082(273)-4890

FAX 082(273)-4891

紹介元医療機関

施設名

所在地

電話番号

医師名 _____ 印

患者氏名	男・女	住所
生年月日 M T S H	・	電話番号 ()

主訴及び傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴 現病歴及び現症
治療経過等 現在の処方

検査部位 _____
撮影法及び内容
検査実施日 平成 年 月 日