|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **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 |  | | | | |