

FAX (06)6643-7550

社会医療法人寿会 富永クリニック
(直通Tel 06-6643-2660)

診療情報提供書/画像診断依頼書

平成 年 月 日

【紹介先医療機関】
富永クリニック

【ご紹介元医療機関】

所在地

名称

医師名

担当医 先生

TEL ()

FAX ()

フリガナ		
氏名	男・女	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 自費
生年月日	(M・T・S・H) 年 月 日	
紹介目的	<input type="checkbox"/> 診察	希望診療科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 神経内科 (<input type="checkbox"/> 頭痛外来 <input type="checkbox"/> 物忘れ外来) ※物忘れ外来受診の場合は、付添いの方(状況の分かる方)同伴をお願いします。
	<input type="checkbox"/> 検査のみ	<input type="checkbox"/> MRI (<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 認知症診断) <input type="checkbox"/> MRA (<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部) ※禁忌事項確認 ペースメーカー (無・有) 刺青 (無・有) 体内金属 (無・有) 妊娠 (無・有) 脳動脈瘤クリップ (無・有) ステント (無・有) <input type="checkbox"/> CT (<input type="checkbox"/> 頭部 ※検査終了後、貴院へ所見と、CD-Rをお送りいたします。
希望受診日	① 月 日 時 ② 月 日 時 ③ 月 日 時	
(依頼内容)	貴院書式の診療情報提供書を添付して頂いても結構です。 <input type="checkbox"/> 別紙参照	
主訴・既往歴		
病状経過等		