

診療情報提供書 (MRI 検査用)

提出用

紹介先医療機関名

年 月 日

北毛保健生活協同組合 北毛病院

検査担当医

紹介元医療機関名等

医師名 _____

検査予定日時		年	月	日	時	分
患者様氏名 (カナ)			性別	生年月日	年齢	
			男・女	年 月 日	歳	
患者様住所				ご連絡先		
				自宅	—	—
				携帯	—	—
指示部位	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・脊椎					読影依頼
	四肢 [(左・右) 部位 ⇒]					有・無
その他 ()						
詳細内容 (検査目的等)						
治療経過						
既往歴および家族歴、病状および検査結果、治療経過、現在の処方等						

結果郵送希望	有 ・ 無
	紹介先医療機関 ・ 患者様住所

事前予約受付時間	月～金曜日 8:30～17:00 土曜日 8:30～13:00
----------	---------------------------------

* ご不明な点がございましたら、下記へお問い合わせください。

北毛病院 (代表) TEL 0279-24-1234 FAX 0279-24-3834