

一般財団法人大阪府結核予防会 大阪複十字病院

検査申込書兼診療情報提供書

年 月 日

科		先生
紹介元医療機関の所在地・名称		電話 FAX 医師名
フリナガ 患者氏名	性別 男 女	生 年 月 日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
住所 〒		電話番号 携帯番号
紹介目的	<input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> その他 ()	
検査	<input type="checkbox"/> MRI 頭部 腹部 脊椎 (頸椎 胸椎 腰椎) 骨盤 膀胱 関節 (部位)	
	<input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨密度	
	<input type="checkbox"/> CT 部位 () * MRI/CT単純撮影のみとなります	
	<input type="checkbox"/> エコー 腹部 心臓 甲状腺 乳腺 頸動脈 下肢静脈 その他 ()	
	<input type="checkbox"/> その他	
結果	<input type="checkbox"/> 画像データのみ <input type="checkbox"/> 所見必要	
主訴および傷病名		
症状、治療経過 検査結果など		
現在の処方		