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

一般財団法人大阪府結核予防会大阪複十字病院　〒572-0805 大阪府寝屋川市打上高塚町3番10号

TEL： 072－821－4781（代）　FAX： 072－824－2312