

紹介状 (診療情報提供書)

令和 年 月 日

関西医科大学附属病院

放射線科 検査担当医

紹介元医療機関の所在地・名称

電話

FAX

医師名

フリガナ 患者氏名	旧姓	男 女	生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)
住所 〒 電話番号	関西医大受診歴 有・無・不明 有の場合 ID 番号 ()		

検査項目：CT (単純・造影) MRI (単純・造影) 核医学 (PET-CT・シンチ)
コーンビームCT パノラマ
その他()

主訴および傷病名

アレルギー
薬物過敏 食物過敏

既往歴および家族歴 嗜好

現病歴および現歴
検査所見
治療経過等

現在の処方

備考：必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付下さい。

関西医科大学附属病院 〒573-1191 枚方市新町2丁目3番1号 電話 072-804-2742 FAX 072-804-2861