

診療情報提供書

患者様名 _____ 様

性別 男・女 _____

生年月日 M・S・T・H _____ 年 月 日生(_____ 歳)

住 所 _____

電話番号 _____

依頼検査名		造影剤	有・無	予定日	月 日 時 分
-------	--	-----	-----	-----	---------

1、傷病名
2、紹介目的
3、既往歴
4、症状、治療の経過(現在処方等)

感染症 HCV()HBs()WaR()	ペースメーカー(有・無)
アレルギー()	ブスコパン(可・不可)
体内金属(有・無)(部位)	MRI 検査歴(有・無)
妊娠中(有・無)	閉所恐怖症(有・無)
ご住所 御依頼施設名 医師名 印	
野崎徳洲会病院 病診連携室 直通番号 TEL 0120-74-1644 FAX 0120-27-1655	

----- キ リ ト リ -----

本人・家族

保険者番号

記号・番号

公費負担番号

受給者番号