

紹介状兼診療情報提供書(依頼検査用)

(紹介先医療機関名)

神奈川県立精神医療センター 依頼検査担当医 行

〒233-0006

横浜市港南区芹が谷2-5-1

電話 045-822-0241

FAX 045-822-0270

年 月 日

住所

電話番号

紹介元医療機関名

担当医名

ふりがな 患者氏名		男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
検査日時	第1希望 月 日()13時	第2希望 月 日()13時	第3希望 月 日()13時				
当院の受診歴	あり ・ なし						
保険情報	保険の種類	国民健康保険 ・ 社会保険	保険者番号				
	記号		番号				
	負担割合		公費番号				
	受給者番号						
患者住所							
電話番号		職業					

傷病名			
紹介目的	画像検査のため	モダリティ	MRI ・ CT
検査部位		検査種別	単純のみ
特殊シーケンス	(撮影方法によっては、希望に添えない場合がございます。)		
合併症/既往歴			
検査理由			
治療経過			
現在の処方			
検査特別事項			