

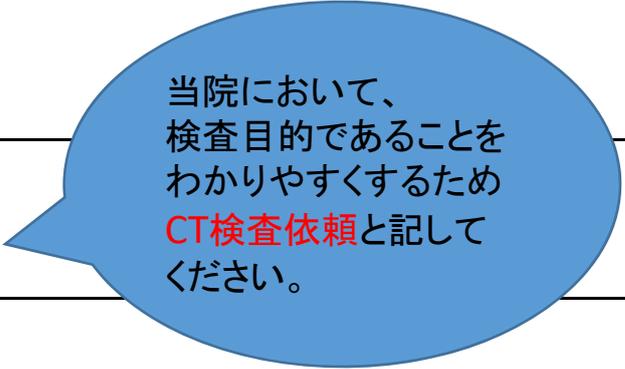
診療情報提供書(記入例)

紹介先医療機関名 慶友整形外科クリニック

平成〇〇年〇〇月〇〇日

担当医 放射線科 外来担当先生

紹介元医療機関名称 _____
所在地 _____
電話番号 _____
医師氏名 _____ 印

患者氏名	
患者住所	
電話番号	性別
生年月日	職業
傷病名	
紹介目的 (例)インプラント作成のためのCT検査依頼	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

※これはあくまでも例です。上記のような診療情報提供書を作成していただき、患者様にお渡しください。

診療情報提供書(記入例)

紹介先医療機関名 慶友整形外科クリニック

平成〇〇年〇〇月〇〇日

担当医 放射線科 外来担当先生

紹介元医療機関名称 _____
所在地 _____
電話番号 _____
医師氏名 _____ 印

患者氏名	
患者住所	
電話番号	性別
生年月日	職業
傷病名	
紹介目的 (例)腰痛および左下肢痛精査の為MRI検査依頼	当院において、 検査目的であることを わかりやすくするため MRI検査依頼と記して ください。
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

※これはあくまでも例です。上記のような診療情報提供書を作成していただき、患者様にお渡しください。