

診療情報提供書

(紹介先医療機関名) 奈良県西和医療センター

紹介元医療機関

医療機関名

医師氏名

所在地

TEL・FAX

患者氏名		性別	
検査日時		生年月日	
病院の受診歴			
保険情報	保険者番号: 記号: 番号: 公費番号1: 公費番号2: 受給者番号1: 受給者番号2: 負担割合		
患者住所	〒		
電話番号		職業	

(検査名)	C T ・ M R ・ 骨密度 ・ その他()		
(検査部位)			
(造影の有無)	単純 ・ 造影	(造影の場合; クレアチニン	mg/dl 、 eGFR)
(病名)			
(合併症/既往歴)			
(検査目的・理由)			
(治療経過)			
(現在の処方)			
(備考)			