診療情報提供書兼　　# 紹 介・検査依頼書（いずれかに○印を付けて下さい）

依　頼　患　者　情　報			
ふりがな		住所	
氏　名	男・女		
生年月日	M・T S・H　　年　月　日　才	電話	

検査項目（希望項目に☑を付けて下さい）

☐ CT　　☐ MRI

☐ 骨シンチ　　☐ アシアロシンチ

認知症に関するシンチ

（ ☐ IMP　☐ DAT　☐ MIBG ）

他の RI はご記入下さい

（　　）

検査部位		造　影	有・無・一任
検査日	平成　年　月　日　時　分		

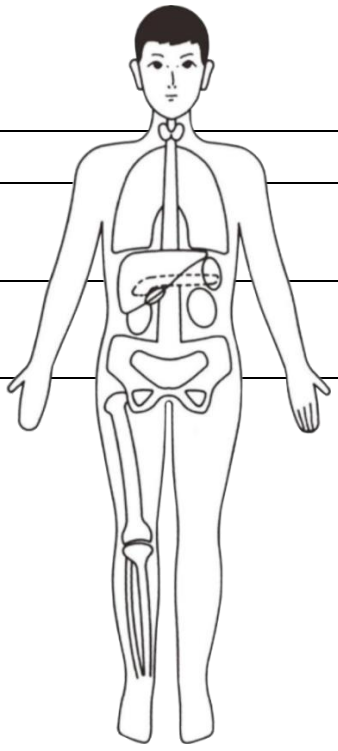
○造影の場合必ず記入して下さい
薬物アレルギー（ 有・無 ）　喘息（ 有・無 ）
BUN（　　mg/dl）
クレアチニン（　　mg/dl）
GFR（　　）

○ＭＲ検査では必ず記入下さい
ペースメーカー（ 有・無 ）　閉所恐怖症（ 有・無 ）
脳動脈クリッピング術後・体内に於ける金属（ 有・無 ）

紹介元医療機関

提出医

ＴＥＬ　　ＦＡＸ



以下の項目は必ず明記して下さい。

疾患名・既往歴

検査項目・御紹介の主旨

症状経過及び検査結果

検査希望事項

現在の処方

医療法人創起会
くまもと森都総合病院
予約受付（直通）TEL：364－9792　FAX：362－7823　　熊本市中央区大江3－2－65

※前日までに同依頼書の FAX 送信をお願いします。