

画像診断検査 紹介状 (診療情報提供書) 平成 年 月 日

紹介元医療機関の
所在地・名称

〒710-0826 倉敷市老松町4丁目3-38 TEL (代)086-427-1111
社会医療法人 全仁会 倉敷平成病院

放射線部 放射線科医

医師氏名

フリガナ 患者氏名	男 ・ 女	生年月日 明・大 昭・平	年	月	日 (歳)
住所 〒	当院受診歴(有・無)				
TEL ()					
主訴・検査目的					
症状経過及び治療経過・検査所見					
希望検査・部位	CT	部位:			
	MRI	部位:			
造影※	不要・要・一任		当院該当科での受診及び結果説明		不要・要
腎機能検査値※ (3か月以内)	Cr	()mg/dl	画像媒体	CD-R・フィルム	
	BUN	()mg/dl			
所見	患者様持ち帰り ・ 郵送				
画像	患者様持ち帰り ・ 郵送				

※ 造影検査「要」または「一任」を選択の場合には、腎機能検査値の記入と
検査3時間前からの絶食が必要となります

受付時間 月～金 8:30 ～ 17:15
土曜日 8:30 ～ 12:30

上記時間以外は当直帯の為お待ちいただく場合があります
社会医療法人 全仁会 倉敷平成病院 (放射線部直通)086-427-1194