

年 月 日

診療情報提供書（検査依頼用）

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター 担当医 宛

*書式は問いません

| | |
|-------|-----|
| 医療機関名 | |
| 医師名 | |
| 住所 | 〒 — |
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |

紹介患者

| | | |
|------|---------------------|-----------|
| ふりがな | | 性別 |
| 患者氏名 | | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳） | 受診歴 有 ・ 無 |
| 住所 | 〒 — | |
| 電話番号 | — — （携帯 — — ） | |

| | |
|-----------------------------------|----------------------|
| 診断名 | |
| 紹介目的 | 検査(CT・MRI・核医学・骨密度測定) |
| 主訴・現病歴 | |
| 既往歴・家族歴 | |
| 感染症：有・無（HBs・HCV・ワ氏・ ） アレルギー有（ ）・無 | |
| 特記事項 | |