診　療　情　報　提　供　書

令和　　年　　月　　日

福岡青洲会病院 科　　医師	紹介元医療機関 医師名 電話番号

（フリガナ） 患者氏名		男 女	生年 月日	M・T S・H	年　月　日 （　　歳）
住所	電話番号				
傷病名					
紹介目的	1. 診療依頼（入院・外来） 2. 検査依頼（単純 MRI・単純 CT・その他　　） （造影 MRI・造影 CT）→**血清クレアチニン値**……mg/dl				
検査部位	※検査予約日時：　　月　　日　　時　　分				
	※該当部位を〇で囲んで下さい。 頭部・頚部・頚椎・胸椎・腰椎・（　　）関節・胸部（　　）・腹部（　　）・骨盤腔・その他（　　）				

1. 既往症家族歴

2. 症状経過

3. 検査結果

4. 治療経過

5. 処方

6. 備考

保険	保険者番号		本人
	記号・番号		家族
公費	公費番号		
	受給者番号		

貴院控えおよび FAX 用

福岡青洲会病院　（代表電話番号）092-939-0010　（FAX 番号）092-939-3541
検査予約専用　（電話番号）092-939-0070　（FAX 番号）092―939―0039