

# 診療情報提供書

## (CT検査依頼書)

放射線科・内科 まきたクリニック 宛



〒866-0826 八代市竹原町1439-2  
TEL : 0965-45-9120 FAX : 0965-45-9121

平成 年 月 日

紹介元 医療機関名

医師氏名

印

電話番号

患者氏名		性別		生年月日	明大昭平 年 月 日
住 所				電話番号	

傷 病 名 :

検査部位・目的 :

単純 造影 一任

既 往 歴 :

症状経過、検査結果 及び治療経過

アレルギー性疾患 なし あり ( )

薬剤アレルギー なし あり ( )

ビグアナイド系糖尿病薬 なし あり ( )

BUN (           mg/dl)   クレアチニン (           mg/dl)

現在の処方