**診療情報提供書**

**書類分類　B**

医療機関の所在地　　

和歌山県橋本市岸上18-1

医療法人　南労会　紀和病院　放射線科

電話番号/FAX　0736-33-5056

及び名称　　　　　　

電話番号　　　　　　

医師　氏名　　　　　

CT検査 MRI検査

|  |  |
| --- | --- |
| （患者）  氏名　　     　様  男　女       年     月     日生 | **予約日****年****月****日**  **時間****時****分** |
| 検査部位    単純　　　　造影  造影剤・補助剤等  【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | 紀和ID.　　　　　　検査No.  読影　　　 　　要 　　　不要  画像提供　　 　CD　　 　フィルム |
| 臨床診断・現病歴・臨床所見並びに検査目的 | |
| 結果FAX　　要　（※CDは患者様本人にお持ち帰りいただきます）  原本は診療情報提供書と共に後日郵送させていただきます | |

紀和病院　放射線科