**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