

足利赤十字病院放射線科 外来担当医殿

受診予定日

年	月	日
午前・午後	時	分

ご紹介元

〒326-0843 栃木県足利市五十部町284-1
TEL 0284-21-0121（代表）
TEL 0284-20-1374（地域連携課）
FAX 0284-21-4135（ 〃 ）

施設名・診療科名

医師名

住 所

TEL・FAX

ご紹介患者

フリガナ		M・T 年 月 日生
患者氏名	男・女	S・H R () 歳
住所	TEL	

ご紹介内容 ご紹介目的（精査 入院 転医 手術 その他）

疾患名(臨床診断)

目的部位 頭部(全脳 下垂体 内耳道 眼窩 その他) 頸部 胸部 腹部 心・大血管 骨盤部
脊椎(頸 胸 腰) 脊髄(頸 胸 腰) 四肢(肩 股 膝 足 その他) その他()

症状経過・治療経過・検査結果・現在の処方など（できる限り具体的にご記載願います）

体内金属（無 有）→ 有の場合具体的に() 喘息の既往（無 有）

ペースメーカー（無 有）人工内耳（無 有）ICD（無 有）妊娠（無 有）授乳中

腎機能障害（無 有）→（Cr= eGFR= ） 検体採取 年 月 日

- お願い 1. 1枚目、2枚目を足利赤十字病院へお届け願います。3枚目はご紹介元にて保管してください。
2. ご不明な点・ご紹介内容の変更などがございましたら、当院放射線科までお問合せ願います。