

# 核医学検査 紹介状(診療情報提供書)

自治医科大学附属病院

年 月 日

[担当医]

科

先生

医療機関 [所在地]

[名称]

[電話番号]

[FAX番号]

医師名 (署名又は記名・押印):

印

自治医大附属病院の診察カード：有・無

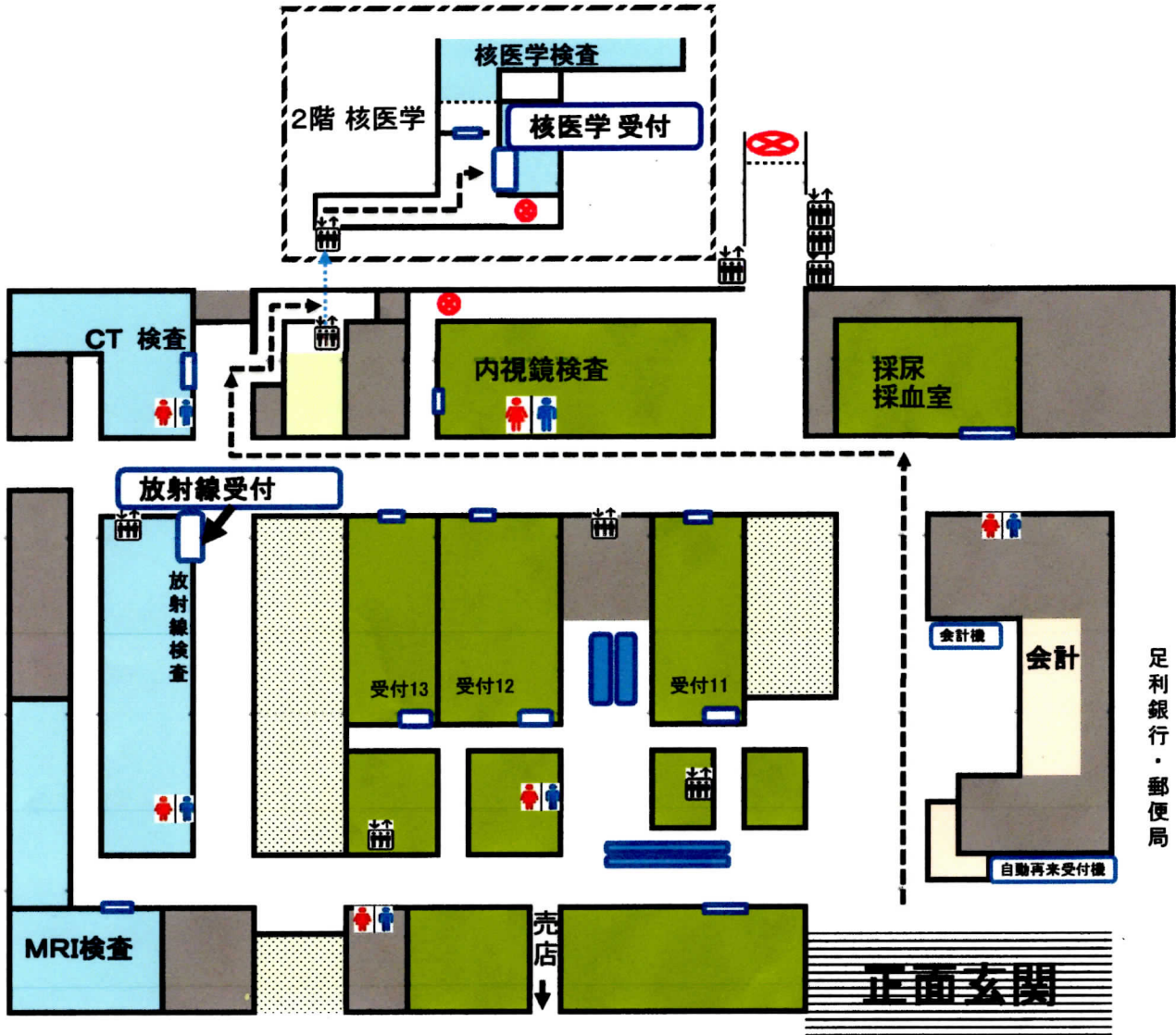
フリガナ	性別： 男 ・ 女
患者氏名：	
生年月日： 明・大・昭・平・( ) 年 月 日	年齢： 歳
住所：	電話： ( )
【傷病名】	
【紹介目的】	
【既往症及び家族歴】	
【症状経過及び検査結果】	
【治療経過】	
【現在の処方・備考】	

1. 事前にカルテを作成するため必ずフリガナ・生年月日・住所・電話番号を記入して下さい。
2. 必要がある場合は画像診断のデータ(CD)、検査結果の記録を添付してください。

問合せ：0285-58-7159(核医学受付)

FAX 送信先：0285-44-5397(地域医療連携室)

# 自治医科大学附属病院 院内配置図



自治医科大学附属病院での 核医学・PET 検査は

\_\_\_\_月 \_\_\_\_日 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分から行います

時間までに、直接 核医学 受付 までお越しください