

診療情報提供書

紹介先	伊丹恒生脳神経外科病院	担当：予約センター
	TEL：072-781-6600 (代表)	
	FAX：072-781-6380	

平成 年 月 日

科 先生

(紹介元)

住 所

医療機関名

医師氏名

印

TEL () -

FAX () -

患者氏名 (ふりがな)	男 ・ 女	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
-------------	-------------	-------------------------------

住所 〒 [][][] - [][][][]

TEL () -

傷病名

紹介目的

検査依頼 (CT ・ MR)

部位、検査目的及び撮影方法

※ 診療情報提供書と検査依頼票と検査問診票・同意書をFAX (072-781-6380) でお送りください。