

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	

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・令 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。