

# 診療情報提供書【CT・超音波検査用】

年 月 日

【紹介先医療機関】

イムス記念病院

外来担当医 宛

東京都板橋区常盤台4-25-5

Tel 03-3932-9187 Fax 03-3550-2251

【紹介元医療機関】

フリガナ		生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	歳
氏名	様 男・女						
電話番号		予約日	月	日	:		

傷病名	
検査	<input type="checkbox"/> 超音波検査【 腹部・心臓・頸動脈・甲状腺 】 <input type="checkbox"/> CT検査【 頭部・胸部・腹部・骨盤・インプラント 】 妊娠【 有・無 】 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> ABI検査
目的	<input type="checkbox"/> 健診にて異常 <input type="checkbox"/> その他( )
備考	

※紹介状が作成しましたら、事前に地域医療連携室(FAX:03-3550-2251)までお送りください。