

5. 画像診断オープンシステムR I（ドーパミンシンチ）検査用FAX紹介状

FAX：0857-39-0531

〒680-8517

鳥取市尚徳町117番地

鳥取赤十字病院

放射線科 外来担当医

記載日： 年 月 日

紹介医療機関

所在地

名 称

TEL

FAX

医師名 印

フリガナ		男	明・大・昭・平
患者氏名		女	年 月 日生（ 歳）
住 所	〒 TEL - -		
受診予定日時	年 月 日（ ） 午前・午後 時 分		
傷 病 名			

紹介目的（既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方・備考）