

4. 画像診断オープンシステム R I（脳血流シンチ）検査用 F A X 紹介状

F A X : 0 8 5 7 - 3 9 - 0 5 3 1

〒 6 8 0 - 8 5 1 7

鳥取市尚徳町 1 1 7 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

T E L

F A X

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）

--