

3. 画像診断オープンシステムR I (骨シンチ) 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 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・令
患者氏名		女	年 月 日生(歳)
住 所	〒 —		TEL — —
受診予定日時			年 月 日 () 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)			