

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

〒680-8517

鳥取市尚徳町 1 1 7 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

T E L

F A X

医師名

印

フリガナ		男 ・ 女	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)
患者氏名			
住 所	〒 — T E L — —		
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)			