

令和 年 月 日

京都済生会病院

科 御中

特殊検査依頼紹介状

患者氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日
検査項目	【画像診断】 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI (<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影) 撮影部位 方法 <input type="checkbox"/> RI
	<input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> 骨塩定量
	【内視鏡】 <input type="checkbox"/> 胃カメラ
臨床診断名	
平常の留意点 (禁忌事項など)	
紹介医療機関名 医師氏名	(電話 - -)
備考	