

足利赤十字病院放射線科 外来担当医殿

受診予定日

年 月 日  
午前・午後 時 分

## ご紹介元

〒326-0843 栃木県足利市五十部町284-1  
TEL 0284-21-0121（代表）  
TEL 0284-20-1374（地域連携課）  
FAX 0284-21-4135（ ）

施設名・診療科名

医師名

住 所

TEL・FAX

## ご紹介患者

フリガナ		M・T 年 月 日生
患者氏名	男・女	S・H R ( ) 歳
住所	TEL	

## ご紹介内容 ご紹介目的（精査 入院 転医 手術 その他）

疾患名(臨床診断)
目的部位 頭部 頸部 胸部 腹部 心・大血管 脊椎(頸 胸 腰) 四肢 その他( )
症状経過・治療経過・検査結果・現在の処方など（できる限り具体的にご記載願います）
アレルギー歴（無 有）→ 有の場合具体的に（ ）
ヨードアレルギー（無 有）喘息（無 有）ペースメーカー（無 有）ICD（無 有）
腎機能障害（無 有）→（Cr= ） 検体採取 年 月 日

お願い 1. 1枚目、2枚目を足利赤十字病院へお届け願います。3枚目はご紹介元にて保管してください。  
2. ご不明な点・ご紹介内容の変更などがございましたら、当院放射線科までお問合せ願います。