

診療情報提供書 (PSMA-PET)

医療法人 DIC 宇都宮セントラルクリニック
院長 斎藤 友雄 先生

◆貴医療機関名 科 先生	住所 TEL : () FAX : ()
(フリガナ) 患者名 : 様 生年月日 : 年 月 日 性別 : (男・女) 住所 : TEL : () 職業 :	検査日 : 年 月 日 午前・午後 時 分 報告書希望日 : 年 月 日 時 分

臨床診断名 (傷病名)	
既往歴 家族歴 臨床経過 処方 等	
	体重 kg