

死亡時画像診断診療情報提供書

(※読影を依頼の場合は、本票を添付のこと)

施設登録番号	
症例番号	

作成年月日：平成 年 月 日

性別	1. 男 2. 女	生年月日	平成 年 月 日 () 歳 () 月
死亡日時	平成 年 月 日	午前・午後	時 分
傷病名			
現病歴			
死亡前一週間の 治療内容・処方内容	【検査、処置、投薬など】		
	【救急蘇生措置（胸骨マッサージ、輸液の実施など）】		
解剖の有無			
読影上、特に 留意してほしい点			
医療機関名および先生の お名前など	医療機関名：		
	名前（依頼担当者）：		
	所属（部署）：		
	電 話 ：		
	F A X ：		
	E-mail ：		