

# 診療情報提供書（放射線検査依頼書）

紹介元医療機関名

担当医

TEL:

FAX:

氏名		生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	性別	男・女
住所		電話			
希望検査日 西暦 年 月 日 ( ) 午前・午後 時頃					
検査目的・経過					
依頼項目	撮像方法	C T (□単純 □造影) M R I (□単純 □造影) ※ 造影の際は血清クレアチニン値を記載して下さい Cr : mg/dL 検査日 : 年 月 日			
	撮像部位	<input type="checkbox"/> 頭部 (脳、副鼻腔、顔面) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部～骨盤部 (肝胆膵、腎) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
検査結果	<input type="checkbox"/> 読影レポートを早急にFAXする		<input type="checkbox"/> 患者様へお渡しする		

- ※ ご記入後、FAX送信をお願いします。同日中に当院より「検査予約票」を送信しますので、患者様にお渡し（またはご連絡）して下さい
- ※ 検査を中止・変更する場合やご不明な点については、当院076-273-0100までご連絡下さい

新村病院 F A X

076-273-0019