

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 （ <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影）　M R I （ <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 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