

診療情報提供書(検査依頼書)

(MRI・CT検査予約票)



ぎおん牛田病院

FAX : 082-850-2600

TEL : 082-850-3116

検査予定日 年 月 日 ()

| | |
|-----|-----------|
| 紹介元 | 医療機関名 |
| | 所在地 |
| | 医師名 |
| | TEL () - |
| | FAX () - |

| | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| ふりがな | | 性別 | | |
| 患者氏名 | 様 | 男・女 | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) |
| 検査依頼 | MRI ・ CT (○で囲んでください) | | | |
| 検査部位 | 頭部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 胸腹部 その他() | | | |
| | 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 骨盤 ・ (右・左)膝 | | | |
| 造影検査 | <input type="checkbox"/> 単純のみ | <input type="checkbox"/> 造影希望 | <input type="checkbox"/> 造影一任 | |
| 検査目的 ・ 既往歴 ・ 臨床経過 ・ 治療経過 | | | | |
| 当院担当医師() 記入欄 検査日時 年 月 日 | | | | |