

# 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				