

# 診療情報提供書 兼 検査依頼書

令和 年 月 日

紹介先医療機関

医療法人貴医会

貴島中央病院 放射線科

TEL : (072)922-1581(内線20)

FAX : (072)991-8976

紹介元医療機関の所在地及び名称

医療機関名

所在地

TEL  
FAX

医師名

印

患者氏名		男 ・ 女	貴島中央病院 の受診歴	無	・	有	年 月 頃				
生年月日	大正 年	・	昭和 月	・	平成 日	・	令和 ( 歳)	患者連絡先	TEL	—	—
希望予約日時	令和	年	月	日	午前	・	午後	時	分	時間変更をお願いする際は、折り返し連絡させていただきます	

1. 検査目的 ( 簡単に結構です ) ・ 及び 主訴 ・ 既往歴

2. 依頼検査 C T ・ M R I ・ 骨塩定量測定 ・ その他

3. 検査部位 (Oで囲んでください)

頭部	・	脳幹部	・	頸部全体	・	甲状腺	・	肺、縦隔	・	
肝臓	・	胆嚢	・	膵臓	・	MRCP	・	腎臓	・	骨盤腔
脳動脈	・	頸部動脈	・	胸部動脈	・	腹部動脈	・	腸骨動脈	・	
頸椎・髄	・	腰椎・髄	・	胸椎・髄 (TH ~ )	・	股関節	・	R L	膝関節	

スライス面と撮影シーケンスの指定  
または上記以外の部位

4. 造影検査 (Oで囲んでください) 不要 要 造影検査必要の場合は別紙の問診・承諾書も御用意下さい。  
印がない場合は不要と判断いたします。

5. 画像媒体 (Oで囲んでください) CD フィルム 検査所見のみ

この用紙(検査依頼書)では検査のみの受付をいたします。(原則、診察いたしません。)  
診察が必要な場合は、紹介状を持参いただき、先に診察した上で検査を行うようになります。  
画像媒体の要、不要にかかわらず、後日所見をFAXにてお送りいたします。