

(放射線科) 診療情報提供書 兼 検査依頼書

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 受診歴	無 ・ 有	年 月 日
生年月日	昭和 年	平成 月	令和 日	患者 連絡先	電話 — —
希望予約日時	年 月 日 午前 ・ 午後 時 分				
※時間変更をお願いする際は、折り返しご連絡いたします。					

1. 検査目的 (簡単で構いませんので、必ずご記入ください。) および 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 頭部 ・ 脳幹部 ・ 眼窩 ・ 下垂体 ・ 頸部/甲状腺

(○で囲んでください) 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤部

肝臓 ・ 胆嚢 ・ 膵臓 ・ MRCP

R・L

頸椎・髄 ・ 腰椎・髄 ・ 胸椎・髄 (TH ~) ・ 股関節

脳動脈 ・ 頸部動脈 ・ 胸部大動脈 ・ 腹部大動脈 ・ 腸骨動脈

関節

上記以外の部位

4. 造影検査

要

必要な場合のみ、○印をお入れください。

※造影検査が必要な場合は別紙の「造影検査説明・問診・承諾書」もご用意下さい。

この用紙 (検査依頼書) では検査のみ受付いたします。(原則、診察いたしません。)

診察が必要な場合は紹介状をご持参いただき、先に診察した上で検査いたします。

後日検査所見を郵送にてお送りいたします。

検査は原則として同日1部位のみでお願いいたします。