

CT・MRI・US 検査依頼表（診療情報提供書）

※いずれかに○を記してください。

お申込み日 平成 年 月 日

紹介元医療機関の所在地・名称

所在地

TEL

FAX

名称

ご担当医師名

ご予約日時 平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分

フリガナ	生 年 月 日
患者氏名 男 ・ 女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
住所 〒	
電話番号 (日中連絡のとれる電話番号)	
身長 cm 体重 kg 移動: 独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー ※注 ペースメーカー装着者のMRI検査は出来ません。その他体内金属の有無 (有 ・ 無)	

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 脳血管	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸部
	<input type="checkbox"/> 腹部 (肝 ・ 胆 ・ 膵)	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 骨盤腔	<input type="checkbox"/> 腰椎	
	<input type="checkbox"/> 膝 (右 ・ 左)	<input type="checkbox"/> 肩 (右 ・ 左)	<input type="checkbox"/> 四肢 ()		
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
臨床診断名	手術歴				
	薬物アレルギー				
検査目的および臨床経過 (できるだけ詳しくお書き下さい)					
読影レポートについて	<input type="checkbox"/> FAX	<input type="checkbox"/> 後日郵送			
読影レポートの返送期限	<input type="checkbox"/> 翌日中	<input type="checkbox"/> 翌診療日 (月 日まで)			

西台クリニック 画像診断センター

〒175-0082 東京都板橋区高島平 1-83-8

TEL 03-5922-0700 / FAX 03-5922-0701