

画像診断検査 診療情報提供書 (①紹介状)

年 月 日

医療法人 和陽会 まび記念病院
放射線科

TEL 086-698-2248

道下 宣成

FAX 086-698-2065

紹介元医療機関の所在地・名称

医師氏名 _____ 印 _____ TEL _____
FAX _____

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所 〒	—	電話番号 ()	—

主訴・検査目的
症状経過及び治療経過・検査所見

CT	頭部 頸部 胸部 上腹部 腹部全体 骨盤 その他 ()
	造影 放射線科一任 ・ 不要 ・ 要
	腎機能 ※造影が「一任」あるいは「要」の場合ご記入下さい 検査値 血清クレアチニン mg/dl : 検査日 年 月 日
MRI	頭部(脳・頭部 MRA) 頸部 MRA 頸部 脊椎(頸椎 胸椎 腰椎) 肝 膵胆道 (MRCP) 腎 副腎 骨盤部 肩関節 膝関節 股関節 その他 () *問診票をご記入ください
	検査日 緊急 (当日 ・ 日以内) ・ 日までに 検査日 月 日 (午前・午後)