診療情報提供書および検査依頼票

紹介先医療機関名 **聖隷富士病院**

放射線科 **塩谷清司** 先生机下
西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

紹介元医療機関 所在地
名称
電話番号 FAX番号
医師氏名

(ふりがな)	患者氏名 _____	性別	(男・女)
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日		
患者住所	_____		
電話番号	_____		

疾患名		検査日時	
		月 日 時 分	
紹介目的	CT・MRI の検査依頼 検査種に○を付けてください		
	検査依頼部位	臨床情報	
部位	下欄に○を記載	※症状の経過や検査目的など記載してください。	
頭部			
頸部			
胸部			
上腹部			
骨盤部			
四肢			
頸椎			
胸椎			
腰椎			
その他	部位名(_____)		

※造影検査は対応しておりません

特殊撮影および画像処理依頼				
CT		MRI		
骨3D構築	多断面再構成	頸部MRI	肝臓脂肪定量	腎動脈MRA
その他(_____)		下肢MRA	その他(_____)	

至急読影の有・無	
・有りの場合読影レポートを翌診療日までにFAXし、原本は後日診療情報提供書と画像データと共に郵送します。 ・緊急所見がある場合は検査後貴院へ電話連絡し読影レポートをFAXします。	