

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	貴島中央病院の 受診歴	無 ・ 有	年 月 日
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日	患者 連絡先
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 (○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
上記以外の部位	
4. 造影検査 (○で囲んでください)	不要 ・ 要 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。 印がない場合は不要と判断いたします。
5. 画像媒体 (○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をします。
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。