

診療情報提供書(画像診断検査依頼書)

年 月 日

〒731-5134

広島市佐伯区海老山町7-10

一陽会 原田病院

画像診断センター

TEL(082)923-5161

FAX(082)921-8035

紹介元医療機関

所在地 〒

名称

電話番号

FAX番号

医師氏名

患者氏名	性別
患者住所	電話番号
生年月日	年 月 日 (歳)
傷病名	
検査目的 ※ご依頼の検査にチェックを入れてください	
CT : <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 (<input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸～上腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 胸～骨盤部 <input type="checkbox"/> 腹～骨盤部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 四肢	
MRI : <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎) <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 下肢MRアンギオ <input type="checkbox"/> その他 ()	
造影検査 <input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影希望	
症状経過	
検査結果/現在の処方	
備考/薬物アレルギー等	