CT・MRI検査依頼書　《診療情報提供書》

医療法人　社団有隣会
東大阪病院　宛

TEL　06－6932－0369（地域医療連携室直通）
FAX　06－6932－0086（地域医療連携室直通）
TEL　06－6939－1121（病院代表）

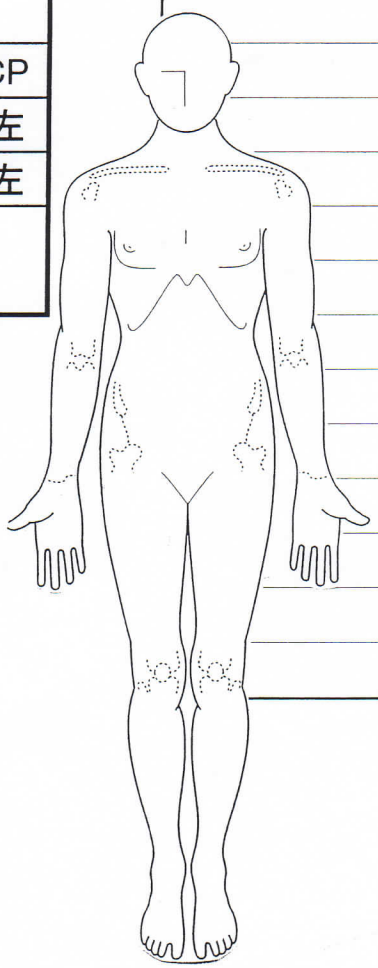
紹介元医療機関		TEL	
医師名		FAX	

ふりがな			性別	
患者様氏名	(姓)	(名)	男性	女性
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日　生まれ			

検査項目・CT　　・単純
・MRI　　・造影

検査部位を○で囲んでください

検査部位		
CT	MRI	
頭　部	頭　部	MRA
頸　部	頸　部	MRA
胸　部	頚　椎	
腹　部	胸　椎	
骨盤腔	腰　椎	
	腹　部	MRCP
	肩	右・左
	膝	右・左

CTA（CTアンギオ）
頭　部
頸　部
胸　部
腹　部
心臓(冠動脈)
下　肢

臨牀診断および検査目的