

CT・MRI 検査依頼書 ≪診療情報提供書≫

社会医療法人有隣会

(病院代表) 06-6939-1121

東大阪病院 宛

(地域直通) 06-6932-0369

(直通FAX) 06-6932-0086

紹介元医療機関		TEL	
医 師 名		FAX	

ふりがな											
患者氏名											
住 所											
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成								
	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 西暦			年		月		日		

性 別	
<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
電 話 番 号	
固定	
携帯	

検査項目 C T 単純
 M R I 造影

検査部位を☑でチェックして下さい

検査部位

C T
<input type="checkbox"/> 頭 部
<input type="checkbox"/> 頸 部
<input type="checkbox"/> 胸 部
<input type="checkbox"/> 腹 部
<input type="checkbox"/> 骨盤腔
<input type="checkbox"/> その他 ()

M R I	
<input type="checkbox"/> 頭 部	<input type="checkbox"/> MRA
<input type="checkbox"/> 頸 部	<input type="checkbox"/> MRA
<input type="checkbox"/> 頸 椎	<input type="checkbox"/> 頭
<input type="checkbox"/> 胸 椎	<input type="checkbox"/> 足
<input type="checkbox"/> 腰 椎	<input type="checkbox"/> 腕
<input type="checkbox"/> 腹 部	<input type="checkbox"/> MRCP
<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 骨盤腔	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

CTA(CTアンギオ)
<input type="checkbox"/> 頭 部
<input type="checkbox"/> 頸 部
<input type="checkbox"/> 胸 部
<input type="checkbox"/> 腹 部
<input type="checkbox"/> 心臓 (冠動脈)
<input type="checkbox"/> 下 肢
<input type="checkbox"/> そ の 他 ()

臨床診断及び検査目的

--