

診療情報提供書・検査依頼書

医療法人良秀会 泉北藤井病院

住所
〒 590-0126
大阪府堺市南区泉田中3100-19
電話番号
TEL 072-295-8888
FAX 072-295-8188

ご紹介
医療機関名称
主治医師名
電話番号

フリガナ		住所
患者様氏名		様
(大・昭・平・令)	年 月 日生 (男・女)	(TEL)

検査日	令和 年 月 日 時 分
-----	--------------

依頼検査	C T <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 (肝臓 胆嚢 膵臓 腎臓) <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 全腹部 (肝~骨盤腔) <input type="checkbox"/> その他 ()
	M R I <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部 (MRI MRAも含む) <input type="checkbox"/> 早期AD診断支援システム (VSRAD) <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 下肢MRA <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 上腹部 (肝臓 胆嚢 膵臓) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 (<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺) <input type="checkbox"/> 両股関節 <input type="checkbox"/> (右 左) 肩関節 <input type="checkbox"/> (右 左) 肘関節 <input type="checkbox"/> (右 左) 手関節 <input type="checkbox"/> (右 左) 膝関節 <input type="checkbox"/> (右 左) 足関節 <input type="checkbox"/> その他 ()

傷病名	
-----	--

臨床経過・検査依頼目的・撮像方法などなるべく詳しく記載してください

画像お渡し	CD (<input type="checkbox"/> 患者様手渡し <input type="checkbox"/> 所見と一緒に)
-------	--

読影FAX報告	<input type="checkbox"/> 所見つき次第先にFAX 【貴院FAX番号】
---------	--

※黒枠内をご記入の上、下記番号にFAXお願いいたします。

FAX 072-295-8188