

診療情報提供書・検査依頼書

医療法人良秀会 **高石藤井病院**

住所
〒 592-0014
大阪府高石市綾園1-14-25
TEL 072-262-5335 (代表)
TEL 0120-622-489 (検査予約専用)
FAX 0120-622-489 (放射線科)

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"/> 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"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 全腹部(肝～骨盤腔) <input type="checkbox"/> その他()
	M R I	<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"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <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"/> 心臓 <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。
放射線科FAX 0120-622-489