

委託検査依頼書(診療情報提供書)

平成 年 月 日

検査日時

氏名 様 年 月 日

生年月日 年 月 日 時 分

委託医療機関名

性別 男 ・ 女

指示医名

検査modality : CT MRI

主訴及び臨床診断名

検査目的

- 頭部(脳 ・ 眼窩部 ・ 副鼻腔 ・ 聴器)
- 頸部(甲状腺 ・ 耳下腺) 胸部(縦隔 ・ 肺野)
- 上腹部(肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 脾 ・ 腎)
- 下腹部(骨盤 ・ 膀胱 ・ 前立腺 ・ 子宮 ・ 卵巣)
- 脊椎(頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎) 四肢(R ・ L)
- その他()

撮影指示詳細(図示)

医療法人あらかわ医院

〒483-0006

尾張旭市大久手町中松原39

TEL:0561-53-9666

FAX:0561-53-9665

※ご不明な点があれば画像検査課
までお問合せ下さい。