

委託検査依頼書(診療情報提供書)

令和 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放射線科

までお問合せ下さい。