

検査依頼書

平成 年 月 日

紹介先医療機関名

紹介元医療機関名

医療法人 福西会 福西会病院
放射線科 宛

病院名 _____
医師名 _____

患者氏名： 性別： 男 ・ 女

生年月日： 明 大 昭 平 年 月 日 (歳)

検査項目 CT ・ MRI

傷病名

検査日時： 年 月

頭部 ・ 頭部MRA ・ 頸MRA ・ 胸部 ・ 腹部
・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 胸腰椎移行部

撮影方法： 単純 ・ 造影

同意書： 有 ・ 無

右 { 肩 ・ 肘 ・ 手関節 } 肝臓 ・ MRCP ・ 骨盤 ・
左 { 股 ・ 膝 ・ 足関節 } その他 ()

検査目的

臨床診断

病歴 ・ 問題点

備考 (現在の処方等)

画像の出力 (コピー)

F i l m ・ C D - R

当院放射線科医による画像診断の説明

希望する