

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

社会医療法人 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 日

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)

結果について

お持ち帰り

郵送