

情報提供書（兼 放射線科検査依頼書）

フリガナ		医療機関名
患者様氏名	様	御住所 電話 F A X 御担当医
生年月日	年 月 日 (歳)	
性別	男 ・ 女	
当院診察券番号	有 () ・ 無	
検査日時	年 月 日 時 分	

C T ・ M R I (時 分)

撮影部位		チェック
頭 部	脳・副鼻腔・眼窩・後頭蓋窩・トルコ鞍・Bone	<input type="checkbox"/>
頸 部	唾液腺・甲状腺・咽喉頭	<input type="checkbox"/>
胸 部	肺・縦隔洞・大動脈	<input type="checkbox"/>
腹 部	肝・胆・膵・脾・腎・副腎・大動脈	<input type="checkbox"/>
骨 盤 腔	膀胱・前立腺・直腸・子宮・卵巣	<input type="checkbox"/>
脊 椎	頸椎 (C 番) ・ 胸椎 (Th 番) ・ 腰椎 (L 番) ・ 仙椎	<input type="checkbox"/>
四 肢	上肢 () 下肢 ()	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Plain <input type="checkbox"/> Enhance <input type="checkbox"/> Plain+Enhance <input type="checkbox"/> 3D		

<input type="checkbox"/> レントゲン (部位	R)	<input type="checkbox"/> 骨密度	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ
-------------------------------------	-----	------------------------------	----------------------------------

読影 有 ・ 無	C D ・ Film
----------	------------

【検査目的】
【臨床所見・既往】
【備考】

医療法人財団謙仁会亀有病院

予約センター電話番号直通 03-3601-0371

代表 03-3601-0186

FAX 03-3604-5518