

# 画像診断検査 診療情報提供書 (①紹介状)

年 月 日

医療法人 和陽会 まび記念病院  
放射線科

TEL 086-698-2248

道下 宣成

**FAX 086-698-2065**

紹介元医療機関の所在地・名称

医師氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_  
FAX \_\_\_\_\_

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
住所 〒	—	電話番号 ( )	—

主訴・検査目的
症状経過及び治療経過・検査所見

<b>CT</b>	頭部 頸部 胸部 上腹部 腹部全体 骨盤 その他 ( )
	造影 放射線科一任 ・ 不要 ・ 要
	腎機能 ※造影が「一任」あるいは「要」の場合ご記入下さい 検査値 血清クレアチニン mg/dl : 検査日 年 月 日
<b>MRI</b>	頭部(脳・頭部MRA) 頸部MRA 認知症(VSRAD) 頸部 脊椎(頸椎 胸椎 腰椎) 骨盤部 肩関節 膝関節 股関節 肝 膵胆道(MRCP) その他 ( ) *問診票をご記入ください
	検査日 緊急 ( 当日 ・ 日以内 ) ・ 日までに 検査日 月 日 (午前・午後)