

レントゲン・CT・MRI 検査依頼書・診療情報提供書

紹介元 医療機関	名称									
	所在地									
医療機関印 で 構いません	TEL									
	FAX									
	医師名									
フリガナ				性別	生年月日					
名前	様	男・女	大正・昭和・平成・令和・西暦							
			年	月	日					
住所	〒				TEL①：	—	—			
					TEL②：	—	—			
緊急時 連絡先	様	続柄				TEL：	—	—		
検査日	20	年	月	日	()	午前・午後	時	分		
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部		<input type="checkbox"/> 顔面		<input type="checkbox"/> 胸椎		<input type="checkbox"/> 頸椎		<input type="checkbox"/> 腰椎	
	<input type="checkbox"/> 胸部		<input type="checkbox"/> 腹部		<input type="checkbox"/> 上腹部		<input type="checkbox"/> 下腹部		<input type="checkbox"/> 骨盤部	
	<input type="checkbox"/> 鎖骨 (右・左)			<input type="checkbox"/> 肩甲骨 (右・左)			<input type="checkbox"/> 肋骨			
	<input type="checkbox"/> 肩 (右・左)			<input type="checkbox"/> 上腕 (右・左)			<input type="checkbox"/> 肘関節 (右・左)			
	<input type="checkbox"/> 前腕 (右・左)			<input type="checkbox"/> 手関節 (右・左)			<input type="checkbox"/> 手 (右・左)			
	<input type="checkbox"/> 股関節 (右・左)			<input type="checkbox"/> 大腿 (右・左)			<input type="checkbox"/> 膝関節 (右・左)			
	<input type="checkbox"/> 下腿 (右・左)			<input type="checkbox"/> 足関節 (右・左)			<input type="checkbox"/> 足 (右・左)			
	<input type="checkbox"/> その他[]									
読影	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要	※放射線診断専門医の読影は後日になります							
目的										
診断名 疑い病名										
体内金属	ペースメーカー・人工内耳・人工関節・磁石式入歯・その他金属						有・無			
その他	妊娠の可能性・閉所恐怖症・刺青・アートメイク・ジェルネイル						有・無			



あたまと
リハビリの
クリニック

**新小岩
脳神経外科**

〒132-0021 東京都江戸川区中央4-4-6
TEL：03-5879-3588
FAX：03-5879-3587

結果返却

郵送

患者渡し

当院ではCT・MRIとも造影検査は行っておりません