

診療情報提供書

社会医療法人寿楽会 大野記念病院
放射線科 御中医療機関 住 所
名 称
電話番号
医 師 名

㊦

患者様氏名

様

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 性別 男・女

検査日時 年 月 日 時 分

1. 受診目的

2. 主 訴

3. 依頼検査

◎上部消化管検査

◎注腸検査

◎CT検査 単純撮影・造影撮影

部位 頭部 (脳・眼窩・副鼻腔)

胸部 (縦隔・肺野)

腹部 (肝・胆・膵・腎・下腹部)

脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎)・四肢 (骨)・関節3D撮影

CTA (頭部血管・頸部血管・腹部血管)

その他 ()

◎MRI検査 単純撮影・造影撮影

部位 頭部

頸椎・胸椎・腰椎

胸部・乳房

肝・胆・膵・腎・骨盤

四肢 (肩・肘・手関節・股関節・膝・足関節)

MRA (頭部血管・頸部血管・四肢血管)

その他 ()

◎その他の検査 ()

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。

2. 必要がある場合は、画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。