

年 月 日

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

印

患者様氏名	様	
生年月日 明・大・昭・平・令	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。