

千葉しすい病院

CT・MRI・骨密度検査依頼書（診療情報提供書）

お申込み医療機関様情報	
貴医療機関名 および	様
ご芳名	先生
お電話番号	
FAX番号	

※ 貴医療機関のスタンプで結構ですが、お名前とお電話および FAX 番号は必ずご記入ください。

お申込み患者様情報			
(フリガナ) 患者様指名		ご住所	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	お電話番号	

ご依頼検査予約			
検査種類	① CT 検査	② MRI 検査	③ 骨密度
	※造影検査につきましては、行っておりません。		
検査内容 病名			
ご希望検査日			
第1希望	令和 年 月 日	第2希望	令和 年 月 日

読影結果のご希望	
読影レポート〔 必要 ・ 不要 〕	検査結果のお渡し方法は、手渡しもしくは郵送となります。
※CT・MRI 検査結果画像は CD-ROM、骨密度検査結果は用紙となっております。	

千葉光徳会 千葉しすい病院
電話番号 043-481-8111
FAX番号 043-481-8119
月曜-金曜 8:30~17:00 土曜 8:30~12:00