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ご芳名お電話番号FAX番号 | 　　様　　　先生　　　 |

※ 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）患者様氏名性別 | 　　　　　　　　　　　　　　（ 男・女 ） | ご住所 |  |
| 生年月日 | S ・ H ・ R　　　　　年　　　 月 　　　日 | お電話番号 |  |

|  |
| --- |
| ご依頼検査予約 |
| 検査種類 | ① CT検査　　　　　　 ②MRI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