

# MRI・CT検査予約依頼票(診療情報提供書)

紹介先

〒100-0004 東京都千代田区大手町2-2-1 新大手町ビル1階  
医療法人財団 健貢会 東京クリニック  
TEL:03-3516-7151(代)

FAX:03-3516-7152

検査予約日	年 月 日 ( )
	AM・PM 時 分

フリガナ		生年月日	M・T・S・H	年 月 日 ( 歳)
患者氏名	様	M・F	電話番号	

単純/造影	単純撮影(申し訳ございません。現在単純撮影のみお引き受けしています)			
検査種別	MRI		CT	
検査部位	頭部		頭部	
	頸椎	胸椎	腰椎	胸部
	骨盤腔(女性)	骨盤腔(男性)	MRCP	上腹部
	その他( )			

傷病名	
-----	--

検査目的	精査	経過観察	その他( )
------	----	------	--------

撮影方法	(特別指示などがありましたらご記載ください)
------	------------------------

紹介元医療機関	依頼年月日: 年 月 日 ( )
TEL:	診療科名 _____
FAX:	医師名 _____

検査画像(CD-R)	後日読影結果と共に郵送 / 当日ご本人様お渡し(読影結果は後日郵送)
------------	------------------------------------

