

—オープン検査依頼表—

診療情報提供書

年 月 日

貴院名： _____ 主治医名： _____

患者名： _____ 様 性別： 男性・女性

患者様 連絡先 _____ (_____)

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

検査日時 月 日 時 分 より

依頼検査： **CT** (単純のみ) ・ **MRI**(単純のみ) ・ **骨塩** ・ **XP**

検査部位： _____

疾病名 (『疑い』を含みます) ・ 臨床所見 紹介目的

※ その他 検査に際し指示があれば ご記入下さい。

= 患者情報 =

・ 基礎疾患および罹患している他の疾患

・ 異常 data 等ありましたら記載してください。

・ 体内異物等

- 埋め込み型ペースメーカー ・ 除細動器 脳動脈クリップ
 体内金属 (

イムスリハビリテーションセンター東京葛飾病院・新葛飾ロイヤルクリニック 放射線科

予約・お問合せ TEL CT 03-3697-8343*骨塩に関しては予約不要

MRI 03-3697-8331(予約) PHS070-6484-6199(時間外・当日)