

診療情報提供書・検査依頼票

FAX : 03-5654-6407

紹介元医療機関	予約日時
診療科	月 日 ()
ご担当医師名	午前 午後 時 分

フリガナ	生年月日	性別
氏名		男・女
あつち葛飾クリニック受診歴 ある方→診察券番号 ()	連絡のとれる電話番号	

予約内容

画像検査	<input type="checkbox"/> CT [頭部・胸部・腹部・頸椎・胸椎・腰椎・その他 ()] <input type="checkbox"/> MRI [頭部・頸椎・胸椎・腰椎・その他 ()] <input type="checkbox"/> MRA [頭部・頸部] * MRI撮影に関しまして撮影断面と撮影項目の指示もお願いします。 撮影断面 (Axial / Coronal / Sagittal) 撮影項目 (T1WI / T2WI / FLAIR / T2* / DWI / その他)
------	---

臨床診断名・検査目的・その他特記事項

傷病名 (疑い病名等)
検査目的