

MRI・CT 検査依頼票（診療情報提供書）

紹介先 〒371-0046 群馬県前橋市川原町2丁目2-5 FAX:027-260-7117

ふじまきクリニック 脳神経外科・内科

TEL:027-260-7007

※ この依頼票は、画像撮影を主目的としており、当クリニックでの画像結果の説明は行いません。
※ 結果説明を希望される場合は、通常の紹介でお願いいたします。

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

フリガナ		生年月日	年 ____ 月 ____ 日 (____ 才)
患者氏名	様	男・女	電話番号

単純/造影	単純撮影 (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	頸椎	胸椎	腰椎	頭部	胸部	腹部
	骨盤(女性)	骨盤(男性)	股関節		頸椎	胸椎	腰椎
	(膝関節、足関節は撮影できません)			骨盤	上肢	下肢	
	その他 (_____)						
読影希望	必要 / 不要						

傷病名	
検査目的	

撮影方法 (特別指示などがありましたらご記載ください)

検査画像 (CD-R)	読影なし; 当日ご本人様お渡し	読影あり; 後日、受付にてお渡しします
-------------	-----------------	---------------------

予約制ではありません。お急ぎの場合は、TEL および FAX にて、お知らせください。
スムーズに検査を行うため、来院前 (なるべく前日) に、当クリニック 027-260-7007 へ

患者さまより、連絡いただけますようお願い申し上げます

ふじまきクリニック