

診療情報提供書（検査依頼書）

医療法人 社団 恵仁会
な ぎ 辻 病 院 担 当 医 宛

年 月 日

紹介元 医療機関名 _____
所 在 地 _____
電 話 番 号 _____ F A X 番 号 _____
診療科・医師氏名 _____ ⑩

フリガナ		予約時間 (受診日)	年 月 日
患者氏名		午前 ・ 午後	時 分
住 所		電 話	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)		男 ・ 女
検査種類	☐ MR I 検査 (単・造) (部位 :) 体内金属 ☐ なし ☐ あり (部位 :) ☐ C T 検査 (単・造) (部位 :)		
主 訴 または 現病名 および 検査目的			
治療経過 および 検査結果			
備 考			

主治医の皆様へ
MR I ・ C T 検査予約は当院放射線科へ直接電話（０５０－３１３１－７０３７）にてお取りください。
この診療情報提供書は事前に F A X（０７５－５９３－４４９８）の上、当日は患者様をご持参ください。
MR I 検査依頼の場合、**体内金属の有無**を必ずご記入ください。