

紹介状

MRI・CT検査依頼書 医療法人社団一陽会 服部病院 服部 哲也 院長先生 代表 : 0794-82-2550 放射線室 : 070-5050-5102	紹介元医療機関名
--	----------

フリガナ	生年月日	服部病院受診歴
患者氏名	年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
住所 〒	—	
電話番号 自宅	携帯電話	
検査種別	<input type="checkbox"/> CT ・ <input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部(上腹部・下腹部) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢(右・左) <input type="checkbox"/> その他() 特別な指示など	
検査目的		
既往歴		
<その他>		
読影結果	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
*アレルギーのある方へ どのようなアレルギーですか		

※造影検査の場合は別途参照資料(計4枚)がございます。

検査日時
年 月 日 () 予約時間 時 分