



※矢印の方向にFAX送信ください。

診療情報提供書(検査依頼書)

年 月 日

検査予約日時	平成 年 月 日 AM・PM :			
	※予約時間の20分前には来院していただきますようお願いいたします。			
受診者名	男・女	生年月日		
		明・大 昭・平	年 月	日生
介助について	該当時のみ記入	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 車椅子使用	※要介助・車椅子の方の検査は、平日・土曜 9～16時、日曜・祝日 9～12時でお願いします。
主訴				
現病歴				

MRI・MRA 検査	<input type="checkbox"/> 頭部MRI	<input type="checkbox"/> 頸椎MRI	
	<input type="checkbox"/> 頭部MRA	<input type="checkbox"/> 腰椎MRI	
	<input type="checkbox"/> 頸部MRA	<input type="checkbox"/> その他()	
造影について	該当時のみ記入	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 単純+造影

認知症検査	<input type="checkbox"/> VSRAD+頭部MRI+ペーパーテスト ※依頼は平日・土曜 9～14時半、日曜・祝日 9～12時でお願いします。
-------	---

CT検査	<input type="checkbox"/> 頭部CT <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 上腹部CT <input type="checkbox"/> 下腹部CT	ご希望撮影法略図
	<input type="checkbox"/> その他()	
造影について	該当時のみ記入 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影	
CT検査結果について	頭部以外のCT検査の結果回答書は毎週金曜夕方にFAXにてお送りします。	
	<input type="checkbox"/> 回答書のみ	
	<input type="checkbox"/> 回答書と検査後フィルム必要	<input type="checkbox"/> 回答書と検査後CD必要
	<input type="checkbox"/> 回答書と読影後フィルム必要	

医療機関名・医師名
