

診療情報提供書(放射線検査依頼書) (予約専用電話番号 03-3896-0606, 予約専用FAX 03-6863-3111)

依頼先医療機関

紹介元医療機関

郵便番号：123-0864

住所：東京都足立区鹿浜5-11-1

医療機関：博慈会記念総合病院

担当医師：放射線科 福永部長御待史

担当科_____
担当医師

平成 年 月 日

患者氏名		生年月日	M T S H 年 月 日 歳
検査目的		住所	
		電話番号	
		特記事項	

検査項目（依頼する検査項目、造影剤の有無にレ点チェックしてください）

- CT検査一部位（ ）
造影剤使用 有り 無し
- MRI検査一部位（ ）
造影剤使用 有り 無し
- RI検査一部位（ ）
- 骨密度検査（DXA法）
身長 _____ cm, 体重 _____ kg
- マンモグラフィー検査
- 上部消化管造影検査（食道造影も含む）