

診療情報提供書 兼 MRI・CT検査依頼書

紹介先医療機関

令和 年 月 日

しもむらクリニック

放射線診断科 下村 修行

ご依頼元医療機関

ご依頼先生

患者氏名

性別 男 ・ 女

患者住所

☎

生年月日

年

月

日生 (

歳)

傷病名

主訴・症状経過および検査結果, 処方など

既往歴・家族歴

紹介目的 :

MRI検査依頼

CT検査依頼

検査部位 :

(

)

希望事項 :

単純のみ

造影一任

造影希望

(造影希望の場合は腎機能、造影剤禁忌の有無などお確かめ下さい)

出来上がり画像 :

CD-R希望

CD-R不要

報告書 :

即日希望

後日で可

備考