

# CT・MRI検査依頼書(診療情報提供書)

平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター 地域医療連携室(FAX 045-853-8356)

紹介医療機関の名称

住所 〒( - )

電話番号

FAX 番号

紹介医師名

横浜医療センターの受診歴 ある ない

※ありましたら診察券の番号をご記入ください。( - )

ふりがな	性別	生 年 月 日
氏名	男・女	明治 大正 昭和 平成 年 月 日

〒( - )

住所 電話番号 ( - )

依頼検査 MRI(単純・造影) ・ MRアンギオ ・ MRCP ・ CT(単純・造影)

検査部位 頭部 頭頸部 胸部 上腹部 下腹部 頸椎 胸椎 腰椎  
四肢 乳腺 前立腺 子宮卵巣 膝関節 股関節 その他

この検査で知りたい画像情報をお知らせください。

造影の希望(あり なし)

医療情報

☆主訴、診断名

☆手術の既往(有 無)