

紹介・共同利用
診療情報提供書

申込日 令和 年 月 日

医療機関名
医師氏名
住所
電話番号
FAX番号

患者氏名（フリガナ）		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日生
（ ）			
患者住所		TEL	
検査予定日	令和 年 月 日（ ） 時 分		
読影依頼	有 ・ 無		
撮影部位	頭部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤 ・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 その他（ ）		
撮影指示	<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純 + 造影		
臨床診断及び 撮影指示			
事前確認項目	ペースメーカー・ICD等の体内植込み型デバイス（有・無）（ ） 持続血糖測定器等の体外貼付型デバイス（有・無）（ ） 妊娠（有・無）（ ）		

当院記載欄	技師サイン
件	枚