

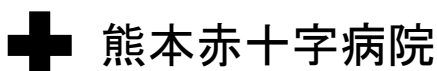
画像診断治療センター診療情報提供書

検査日時						
令和	年	月	日	曜日	午前・午後	時 分

検査項目	
1. CT (単純のみ・造影あり・未定)	検査部位:
2. MRI (単純のみ・造影あり・未定)	検査部位:
3. RI (骨・ガリウム・その他:)

紹介元医療機関	
貴病医院名	
ご紹介医師名	科 先生
ご連絡先	電話: FAX:
画像配布方法	フィルム ・ CD (どちらか○で囲んでください)

患者さん情報		
フリガナ		
ご氏名	男 ・ 女	
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日	電話:() -
ご住所		
診断・主訴		
検査目的		
病歴など		



画像診断治療センター 電話: 096-384-2111 (内線) 7130
F A X : 096-384-8816