

FAX送信先 03-5273-6833 (放射線診療部 放射線診断科受付)

※FAXによる画像検査の申込は、検査前日(前日が休日の場合は直近の平日)の15時までが受付時間となっています。

画像診断検査依頼兼診療情報提供書(FAX送信用)

当院で受診されたことがありますか。 1. 無 2. 有		→ 診察券番号	
フリガナ 受診者氏名		男 女	西暦 年 月 日 歳
受診者住所 電話番号(連絡先)			
検査日	年 月 日 ()	午前 午後	時 分
依頼医療機関名 所在地 医師名			TEL FAX
	印		
画像診断検査	1. CT 2. MRI 3. 乳房検査 4. 骨密度検査 ※検査日にご持参いただくもの ☐ 保険証 ※公費負担の方は「医療証」もご持参ください ☐ 画像診断検査依頼兼診療情報提供書(FAX送信用) ☐ 問診票、同意書(造影検査の場合) ☐ その他(具体的に記載願います)		
検査部位	(1部位のみ) (単純・造影)		
造影の場合は直近の血清クレアチニンを記載して下さい。クレアチニン値: (検査日: 年 月 日)			
検査目的および臨床情報(読影に必要です。詳しくご記入願います。)			

検査結果のレポートはA4用紙、画像はCD,DVDとなります。

(注)ご紹介いただく先生方へ 太枠の内の必要事項をご記入ください。

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院 放射線診療部門 放射線診断科 受付

〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1

【予約受付】 TEL 03(5273)5244

【問い合わせ】 TEL 03(3202)7181(代表) 内線2261/2262