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)

当際で受診されたことがありますか。 1. 無 2. 有					7		I	1 1	9 9		<u> </u>
受診者住所電話番号(連絡先) 年月日	当院で受診された	たことがありま	すか。 1. 無	2. 有	\rightarrow	診祭	养番号		<u> </u>		
受診者住所 電話番号(連絡先) 検査日 年 月 日() 年前 時 分 依頼医療機関名 所在地 医師名 1. CT ※検査日にご持参いただくもの 国像診断検査 2. MRI 保険証が公責負担の方は下原確証はご持参ください。 3. 乳房検査 同僚診薬、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。)	フ リ ガ ナ				男	西原	林				
検査日 年 月 日 () 年前 分	受診者氏名				女	.		年	月	日	歳
検査 日	受診者住所										
快 宜 日	電話番号(連絡先)										
所 在 地 医師 名	検 査 日		年	月	日	()		В	寺	分
医師名	依頼医療機関名							TEL			
1. CT ※検査日にご持参いただくもの ② MRI 保険証 ※公費負担の方は「医療証」もご持参ください ③ 乳房検査 回像診断検査依頼兼診療情報提供書(FAX送信用) ④ 清密度検査 日間診票、同意書(造影検査の場合) ② その他(具体的に記載願います) ② 検査部位 (1部位のみ) (単純・造影) ③ 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。)	所 在 地							FAX			
画像診断検査 2. MRI 3. 乳房検査 4. 骨密度検査 日間診薬、同意書に造影検査の場合) 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。)	医 師 名						印	·			
3. 乳房検査 回像診断検査依頼兼診療情報提供書(FAX送信用) 4. 骨密度検査 同診票、同意書(造影検査の場合) での他(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。)			1. CT		×ŧ	全全日	にご持	参いただり	くもの		
4. 骨密度検査 問診票、同意書(造影検査の場合) での他(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。)	画像診断検査		2. MRI							もご持刻	多ください
(単純・造影) 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。)			3. 乳房検査							FAX:	送信用)
検査部位 (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。)			4. 骨密度検査								
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。)						その他	(具体的	に記載願い	(ます)		
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)
検査結果のレポートはA4用紙、画像はCD.DVDとなります。				, o n , o v = n							

(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