03-5273-6833 (放射線診療部 放射線診断科受付) FAX送信先

※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	当院で受診された				1		I				
受診者住所電話番号(連絡先) 年月日 年月日 年前 子後 時分 検査日日年月日() 年後 時分 子後 情報(基本) 日日 日日 下正し FAX		たことがあります	ナか。 1. 無	2. 有	→	診祭	券番号	1 1			
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 TEL FAX	フ リ ガ ナ				身	西西	暦				
検査日 年 月 日 () 年前	受診者氏名				女	ζ		年	月	日	歳
検査 日	受診者住所										
快 宜 日 年 月 日 日 年 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	電話番号(連絡先)										
所 在 地 医 師 名 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	検 査 日		年	月	日	()			時	分
医師名 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 □ 面像診断検査依頼業診療情報提供書(FAX送信用) 4. 骨密度検査 □ 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) 接査部位 (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。)	依頼医療機関名							TEL			
1. CT	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	<u> </u>			
画像診断検査 2. MRI 3. 乳房検査 4. 骨密度検査 日間診異、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。クレアチニン他: (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		×	负査 E	まにご持	参いただ	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
□ 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。)			3. 乳房検査			画像診	诊断検査値	衣頼兼診療	情報提供	書(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	1(具体的	に記載願し	(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	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。				V II - V - II -	• ••••						

(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。

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 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

【予約 受付】

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