

遠隔画像診断依頼書

当院へ検査のご依頼がございましたらお電話にてご相談の上、下記に必要事項を記入し FAX をお送り下さい。読影結果に関しましては、翌営業日に FAX にて送付、のちに郵送させていただきます。撮影データを即日希望される場合には下記の項目にてお示しください。

なお、現在、造影 CT に関しては承っておりません。

依頼日			
施設名		施設電話番号	
依頼医師		施設 FAX 番号	
患者名			
患者名 (カナ)			
生年月日			
年齢		性別	
検査種別	CT (単純) ・ MRI		
部位			
即日画像データ	要 ・ 不要		
検査目的 (必須)			
臨床情報等	【現病歴・既往歴など】		

なにかございましたら、下記にご連絡下さい。

日並内科外科医院

電話番号：079-232-1730

FAX 番号：079-232-4582