

診療情報提供書(CT・MRI画像依頼)

熊本託麻台リハビリテーション病院 FAX:096-381-3110 TEL:096-381-5111

依頼日:(西暦) 年 月 日

貴医療機関名

診療科 貴医師名 先生

電話 (内線)

FAX ご担当者名 様

※の所にチェックをお願いします

●基本情報

患者イニシャル . 性別 男 ・ 女

生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 年齢 歳

●希望内容

CT MRI (原則、造影は致しません) 希望日:(西暦) 年 月 日

・部位:

・疾患名:

・病状(症状)・経過・既往歴など:

●読影結果について

※読影結果(遠隔含む)は全て郵送いたしますが、数日かかりますのでご了承ください。

●画像CDについて(希望される方にチェックをお願いします。)

画像CD郵送 画像CD患者手渡し

〈このたびは当院にご紹介いただき感謝申し上げます。今後とも、よろしくお願い申し上げます。〉

※この用紙を当日ご持参ください