

診療情報提供書

★MRI・MRA・DEXA・造影CT検査は、検査希望日をお電話にてお知らせ下さい。

令和 年 月 日

医療法人社団 恵仁会 セントマーガレット病院 殿

〒276-0022 八千代市上高野 450

TEL 047-485-5111

FAX 047-487-8561 (医療サービス直通)

医療機関の名称

及び所在地

TEL

FAX

担当医師名

印

フリガナ 患者氏名	
	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 男・女
傷病名	
紹介目的	CT (撮影部位) MRI (撮影部位) MRA DEXA

症状経過 検査結果 治療経過 処方 既往歴/家族歴	
受診歴 (セントマーガレット病院)	有り 無し
備考/○印	ペースメーカー (使用中、無使用) 体内磁性体 (ある、なし)
予約日時	年 月 日 () 午前 時頃 午後 時頃

<ご案内>

①単純CT検査可能日は月～土曜【9時～12時・13時～16時 (日・祝日は休診)】
機器メンテナンス等、上記以外で検査が実施できない日につきましては、HPでご確認下さい。

(御予約不要ですが、他の患者さんとの兼ね合いで、お待ち頂く場合がございます。)

②15時までに検査をされた場合、翌日には読影結果が出ます (郵送又は配送にてお届けします)

③検査部位または検査条件についてご希望がある場合は、上記にご記載下さい。

④造影検査をご希望の際は、047-485-5111 (内線 126 放射線科) へお問い合わせ下さい。