

# 千葉しすい病院

## CT・MRI・骨密度検査依頼書（診療情報提供書）

お申込み医療機関様情報	
貴医療機関名 および	様
ご芳名	先生
お電話番号	
FAX番号	

※ 貴医療機関のスタンプで結構ですが、お名前とお電話および FAX 番号は必ずご記入ください。

お申込み患者様情報			
(フリガナ) 患者様氏名 性別		ご住所	
	(男・女)		
生年月日	S・H・R 年 月 日	お電話番号	

ご依頼検査予約			
検査種類	① CT 検査                      ② MRI 検査                      ③ 骨密度 ※造影検査につきましては、行っておりません。		
検査内容 病名			
ご希望検査日			
第1希望	令和 年 月 日	第2希望	令和 年 月 日

読影結果のご希望	
読影レポート〔 必要 ・ 不要 〕 検査結果のお渡し方法は、手渡しもしくは郵送となります。	
※CT・MRI 検査結果画像は CD-ROM、骨密度検査結果は用紙となっております。	

千葉光徳会 千葉しすい病院  
電話番号 043-481-8111  
FAX番号 043-481-8119  
月曜-金曜 8:30~17:00 土曜 8:30~12:00