

CT, MRI, RI 検査依頼用FAX

送付先: 078-926-5410 兵庫県立がんセンター地域医療連携室あて

● 貴施設情報

送信日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

貴施設名 _____ 診療科 _____

住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

医師名 _____ e-mail _____

● ご紹介患者情報

(フリガナ) _____

氏名 (漢字) _____ (男 女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____

住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

主訴: _____

診断名: _____

身長: _____ cm 体重: _____ kg

希望検査名

CT : 部位 ・頭部 ・頸部 ・胸部 ・上腹部 ・上下腹部 ・下腹部

・その他(_____)

造影の有無 [単純のみ ・ 造影のみ ・ 単純+造影 ・ ダイナミック]

MRI : 部位 ・頭部(MRI・MRA) ・頸部 ・胸部 ・上腹部 ・下腹部

・その他(_____)

造影の有無 [単純のみ ・ 造影のみ ・ 単純+造影 ・ ダイナミック]

アイソトープ検査 : ・骨シンチ ・Gaシンチ ・その他(_____ シンチ)

● CDは当日患者様にお渡しいたします(返却不要)。

● 読影レポートは後日(2, 3日後)郵送でお送りいたします。

検査に対するご希望:

お問い合わせ: 県立がんセンター地域医療連携室

電話: 078-929-1151(内線578), Fax: 078-926-5410, <http://www.hyogo-cc.jp/>