

CT、MRI、RI 検査等依頼用紙
(患者紹介状 診療情報提供書)

(FAX送信状兼紹介元控)

東京慈恵会医科大学附属柏病院
放射線部 担当医 殿
平成 年 月 日

紹介医療機関の
名称及び所在地
電話番号
F A X
医 師 名

(フリガナ) 患者氏名 生年月日	明・大・昭・平	年 月 日(歳)	性別 男・女 体重 kg
主訴、又は病名・症状			
検査内容〔CT・MRI・RI・その他()〕			
検査部位			
起始及び経過			
身体的並びに検査所見			
備考(特に知りたい点)			
アレルギー歴(+・-) 腎機能障害(+・-) (+の場合は具体的に)			
受診希望日 第1希望 月 日、 第2希望 月 日、 第3希望 月 日			

当院の都合で、患者様のご希望にお応えできない場合もありますのでご了承ください。

東京慈恵会医科大学附属柏病院 医療連携室
〒277-8567 千葉県柏市柏下 163-1
TEL 04-7164-1111 (内線 2159)
FAX 04-7164-1197

CT、MRI、RI 検査等依頼用紙
(患者紹介状 診療情報提供書)

(カルテ控)

東京慈恵会医科大学附属柏病院
放射線部 担当医 殿
平成 年 月 日

紹介医療機関の
名称及び所在地
電話番号
F A X
医 師 名

登録 番号	氏名	生年 性別
科名 看護室 コード	検査日 西暦年 月 日	

(フリガナ) 患者氏名	性別 男・女
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳)	体重 kg
主訴、又は病名・症状	
検査内容〔CT・MRI・RI・その他()〕	
検査部位	
起始及び経過	
身体的並びに検査所見	
備考(特に知りたい点)	
アレルギー歴(+・-) 腎機能障害(+・-) (+の場合は具体的に)	

放射線診断報告書

報告日

報告者

造影剤(有・無)

東京慈恵会医科大学附属柏病院
放射線診断報告書

(放射線部 紹介元)

登録 番号	
氏名	
生年 性別	
科名 看護室 コード	
検査日 西暦年	月 日

(フリガナ) 患者氏名						性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日(歳)	体重	kg
主訴、又は病名・症状							
検査内容〔CT・MRI・RI・その他()〕							
検査部位							
起始及び経過							
身体的並びに検査所見							
備考(特に知りたい点)							
アレルギー歴(+・-) 腎機能障害(+・-) (+の場合は具体的に)							

放射線診断報告書

報告日

報告者

造影剤(有・無)