

FAX送信先 03-5273-6833 (放射線診療部門 放射線診断科受付)

※FAXによる画像検査の申込は、検査前日(前日が休日の場合は直近の平日)の15時までが受付時間となっています。

画像診断検査依頼兼診療情報提供書 (FAX送信用)

当院で受診されたことがありますか。 1 無 2 有

→登録番号

フリガナ 受診者氏名		男 女	生年月日 M・T・S・H 年 月 日 歳
受診者住所			
電話番号(連絡先)			
検査日	平成 年 月 日 ()	午前・午後	時 分
依頼医療機関名 医師名(印) 所在地 TEL/FAX	印		
画像診断検査	1 CT 2 MRI 3 乳房検査 4 骨密度検査	※検査日ご持参いただくもの <input type="checkbox"/> 保険証 *公費負担の方は「医療証」もご持参ください。 <input type="checkbox"/> 画像診断検査依頼兼診療情報提供書 (FAX送信用) <input type="checkbox"/> 問診票、同意書 (造影検査の場合) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記載願います)	
検査部位 (1部位のみ)	(単純・造影)		
造影の場合は直近の血清クレアチンを記載して下さい。クレアチニン値:	西 暦 M・S・H 年 月 日		
検査目的及び臨床情報 (読影に必要です。詳しくご記入願います。)			
検査結果のレポートはA4用紙、画像はCD、DVDとなります。			

【問い合わせ先】

国立国際医療研究センター病院 放射線診療部門 放射線診断科 受付
 〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1
 直 通 03 (5273) 5244
 代 表 03 (3202) 7181 内線2261/2262