ＣＴ・ＭＲ・ＲＩ検査依頼書

送信先　新潟医療センター 地域医療連携室　　直通FAX （０２５）２３２－１２４６

紹介元 医療機関	様
TEL （　　） －	FAX （　　） －

検査名	ご希望の検査名に○印をお付けください	
ＣＴ	ＭＲ	ＲＩ
部位（　　） 造影（　有　・　無　） 結果（ＣＤ・フイルム）	部位（　　） 造影（　有　・　無　） 結果（ＣＤ・フイルム） ※事前に禁忌事項の説明お願いします	部位（　　） 結果（ＣＤ・フイルム）

※造影検査の場合は、検査前に一度当院の医師に受診して頂く必要がございます。

診断	
撮影指示	ルーチン　（　　） その他　（追加、及び具体的指示）

希望日	なし	第1	月　日 AM・PM	第2	月　日 AM・PM

患者情報	氏　名		男・女
年　齢	M・T・S・H・R	年　月　日　才	
住　所			
電　話			

（R1.5.1 版）