

湘南大磯病院(検査用)
診療情報提供書

FAX 0463-72-5798

ふりがな:
患者氏名:
生年月日: 年 月 日 性別:
住所:
電話番号:

紹介元医療機関名:
所在地:
電話番号:
紹介医師名: (印)

ご担当医 放射線科 城石 大 先生

予約日時 (紹介元医療機関からのご予約)

月 日 () 午前 / 午後 時 分 より

検査区分

MRI CT 骨密度

依頼内容

頭部 顔面 顎関節 下垂体 副鼻腔 聴器
頸部
頸椎 胸椎 腰椎 仙椎
胸部 縦隔 腹部 前立腺 子宮卵巣 骨盤
肩 (左・右) 手 (左・右) 手関節 (左・右) 肘 (左・右)
膝 (左・右) 股 足関節 (左・右)
その他 ()

傷病名・紹介目的

既往歴・症状経過・治療経過・検査結果

その他

お問い合わせ:湘南大磯病院 0463-72-3211(代表)