記入日　　年　　月　　日

CT・MRI・骨密度・超音波　委託検査申込書/読影あり・なし

依頼医療機関名　　医師名

電話番号　　FAX番号

【氏名/ふりがな】	【生年月日】 大正 昭和　　年　　月　　日 平成
【性別】 男 ・ 女	【住所】
【電話】	【携帯電話】

【検査項目】	【検査希望日】		
☐ MRI ・ MRA ☐ CT ☐ 骨密度 ☐ 頸動脈超音波	第１希望 年　月　日	第２希望 年　月　日	第３希望 年　月　日

【方法】

☐ MRI・MRA　CT　単純　　☐ 骨密度　DEXA法（腰椎＋大腿部）

【検査画像(CD)の提供方法】

☐ 検査当日本人渡し　　☐ 後日郵送

【部位】

【指示コメント】

【臨床診断名】

【症状】

JA岐阜厚生連　　公立東濃中部医療センター　　地域連携室　行　　FAX　0572－55－7776