

画 像 診 断 依 頼 書

年 月 日

J A広島総合病院 画像診断部 宛

医療機関名： _____

医 師 名： _____

T E L： _____

F A X： _____

次のとおり画像診断を依頼します。

・患者氏名：

・性別： （ 男 ・ 女 ）

・生年月日： （ 明・大・昭・平・令 ） 年 月 日

・検査目的：

・依頼画像： C T M R I

※ 送付いただいたC Dは原則当院で廃棄します。