

患者さんご紹介用 Fax 連絡票

仙台厚生病院 地域医療連携室 宛

仙台市青葉区堤通雨宮町1番20号
Tel:022-728-8000/Fax:022-728-8703

放射線科紹介用

【送信元】

送信日: 年 月 日

医療機関名			
ご芳名			印
Tel		Fax	

【患者情報】

フリガナ		性別	男性・女性
患者名	さん	性別	男性・女性
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所			
連絡先			
当院受診歴	無・有（科、年頃）・不明		

- 放射線治療のみ希望
 放射線治療 + 骨シンチ
 放射線治療 + FDG/PET
 放射線治療 + 骨シンチ+ FDG/PET
 放射線治療のみ希望

- CT（単純・造影）※造影の場合、採血のeGFRを添付して下さい
 MRI（単純・造影）※造影の場合、採血のeGFRを添付して下さい
 ペースメーカー（有・無）
 30分以上静止（可能・不可）

受診希望日

(検査の日時は、改めて調整させていただきます)

貴院に入院中ですか？

はい いいえ

※診療情報提供書の添付をお願いします。