

CT・MRI画像 読影依頼書

【画像】 CT MRI ○印

【撮影部位】 _____

【検査年月日】 年 月 日

【診療科】 _____

【読影依頼医】 _____

【病棟】 _____

【臨床所見】

【検査所見】

【依頼目的】