

依頼施設名

医師名

検査日

造影検査時のみご記入下さい

妊娠または妊娠の可能性　有・無

＊赤枠の部分をご記入下さい。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　奥州市総合水沢病院　放射線科