

放射線科
検査予約用

診療情報提供書(兼)検査依頼票

放射線科直通
FAX 0797-23-1824

年 月 日

医療機関名

<検査希望日> ① 年 月 日()
② 年 月 日()
本日検査希望

ご担当者様

TEL

<その他希望事項>

FAX

<予約確定日> 年 月 日() 時 分 (電話等で決定している場合)

フリガナ		男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日(歳)
患者氏名		様			
住 所	〒 -			TEL	

保険証を受診当日に持参するようご指導をお願いいたします。

検査予約	<input type="checkbox"/> CT: 部位 () <input type="checkbox"/> MRI: 部位 () <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 (クレアチニン値) <input type="checkbox"/> 骨密度 (利き手 右・左: 体内金属 無・有 ()) <input type="checkbox"/> 読影要
------	---

傷病名	
-----	--

<既往歴・家族歴/経過及び検査結果/現在の処方等々>

※救急車の場合はチェック→ <input type="checkbox"/> 救急車で来院	
【外来除く】 認知症 → 有 ・ 無	【外来除く】 ADL → 自立 ・ 要介助 ・ 寝たきり
【来院方法】 独歩 ・ 車イス ・ ベッド	【ペースメーカー】 有 ・ 無