

CT・MRI・骨密度・脳波検査依頼連絡票

様式 4

FAX 0824-72-3326

庄原赤十字病院

地域医療連携室 宛

依頼元医療施設名 住所・医師氏名 TEL・FAX				
フリガナ		男 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (才)
患者氏名				
住所	市・郡		町	
TEL	TEL ()			
検査項目	CT ・ MRI ・ 骨密度 ・ 脳波			
読影所見の希望	有り ・ 無し			
読影所見の希望診療科	麻酔科・外科・泌尿器科・整形外科・眼科・皮膚科・脳神経外科・内科・循環器科・婦人科（火曜日のみ）・小児科・耳鼻咽喉科			
希望日時	第一希望日	年	月	日 時
	第二希望日	年	月	日 時
	第三希望日	年	月	日 時
	いつでもよい。			
撮影部位・臨床経過・現症・検査法の指示（必要な前処置があれば記入をお願いします）。 「部位＝ 頭部・顔面・頸部・胸部・腹部・骨盤部・脊椎・腰椎・四肢・その他」				

* 検査は単純撮影のみの受付となります。

* 検査伝票がなくなりましたらご連絡下さい。速やかに送付いたします。