**共同利用　CT・ＭＲＩ・骨密度　検査依頼連絡票　　　　　様**

**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 | 大正・昭和・平成・令和　年　　月　　日（　　才） |
| 患者氏名 |  |
| 住所TEL | 　　　　　　　　市・郡　　　　　　　　町　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ（　　　　　　　　　　　　） |
| 検査項目　　 | ＣＴ　・　　ＭＲＩ　・　骨密度　・　脳波 |
| 読影所見の希望 | 有り　　　　　・　　　　　無し |
| 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。　　　　 |
| 問診（※必ずご記入ください）①　熱（　　　　 ℃）　　　②　かぜ症状　　なし　・　あり（症状:　　　　　　）　③　1週間以内の新型コロナウイルス患者(疑い含む)への濃厚接触歴　　なし ・ あり |
| 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・頚部・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。**