

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
患者氏名				年 月 日 (才)
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 (°C) 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・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。