

## CT・MRI 検査依頼書

記載日 年 月 日

医療法人伯鳳会

ご紹介元医療機関名

はくほう会加古川病院

所在地

直通FAX : 079-438-1258

電話番号 ( ) -

病院代表 : 079-438-0621

医師氏名 印

## 検査予約日時

西暦・令和 年 月 日 ( 曜日) 時 分

フリガナ		性別	男・女
患者氏名			
生年月日	大・昭・平・令・西暦 年 月 日	緊急連絡先 ( ) -	

検査項目	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	検査方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 脊椎 ( 頸椎・胸椎・腰椎 ) <input type="checkbox"/> 四肢 ( 右・左 : ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
検査結果	<input type="checkbox"/> 当日 (レポート+画像) <input type="checkbox"/> 当日 (画像のみ) <input type="checkbox"/> 通常 (翌日)		

《臨床診断》

《検査目的》

《備考》