

記入例

委託検査依頼票（診察なし）

令和 2 年 4 月 1 日

渥美病院 科御中

※ 検査希望日 時刻

①令和 年 月 日 () :

②早急に

③病院側委任

田原クリニック

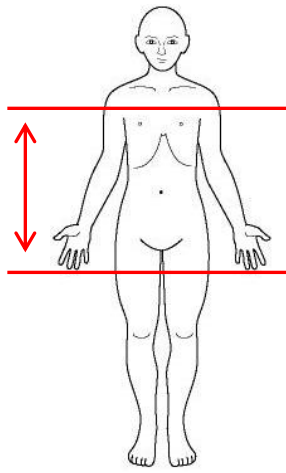
病医院名 (予約通知用 FAX 番号をご記入ください)

医師名 田原 太郎

<病院使用欄：予約確定日：令和 年 月 日 時間 (:) >

受診者	フリガナ	アツミ イチロウ	性別	生年月日
	患者氏名	渥美 一郎	男・女	明・大・昭・平・令 10年 1月 1日
	現住所	田原市神戸町赤石 1-1 TEL 0531-22-2131		

臨床経過及び依頼目的、検査部位を明記してください

検査目的・検査部位	上腹部違和感、背部鈍痛あり。	
	腹部～骨盤	

貴院のご希望の記録媒体について、委託検査の初回利用時にお伝えください。
フィルム・CD・DVDのいずれかより1媒体をお願いします。

検査項目	1. 単純 CT	読影 (有・無)	※MRI 禁忌事項確認 (済・未)
	2. 単純 MRI	読影 (有・無)	
	3. 単純 X-P		
	4. 脳		
	5. 血		
	6. 甲		
	7. 腹		
	8. UCG (心エコー)		
	9. 誘発筋電図 (MCV, SC)		
	10. 血液ガス分析		
	11. スパイロ (肺活量、フロー)		
	12. 骨塩定量 (身長 cm・体重 kg)		

読影レポートを希望される場合は、有を○で囲んでください。

配布資料を利用してご説明いただいた場合、済を○で囲んでください。

来院方法	独歩・車いす
記録媒体	半切 枚
	CD・DVD 枚
	曝射回数 回
技師氏名	その他

※単純X-Pの場合は経過及び依頼目的の記入は必要ありません。

<予約受付> 平日 8:30~17:00

<TEL, FAX 0531-22-9782>

時間外 (緊急の場合) は TEL 0531-22-2131 (代表)

----- 院内記入欄 -----

渥美病院 ID _____ FAX 送信日 _____ 入力者 _____

_____ 月 _____ 日 _____