委託検査依頼票（診察なし）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　　年　　　月　　　日

渥美病院　　　　　　科御中

病医院名

医師名

* 検査希望日　　　　　　　　　　　　時刻

①令和　　年　　月　　日（　　）　　　：

②早急に

③病院側委任

＜病院使用欄：予約確定日：令和　　　年　　　　月　　　　日　時間（　　 ：　 　）＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | フリガナ |  | 性別 | 生年月日 |
| 患者氏名 |  | 男　・　女 | 明・大・昭・平・令　年　　月　　日 |
| 現住所 | 　　　　　　　　　　　　　　 TEL |
|  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 |  |
| 検査項目 | 1. 単純CT　　　　　　読影（ 有 ・ 無 ）2. 単純MRI 読影（ 有 ・ 無 ） ※MRI禁忌事項確認（ 済・未 ）3. 単純X-P

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

4. 脳波5. 血管エコー（ 下肢 ・ その他 ）6. 甲状腺エコー7. 腹部エコー8. UCG（心エコー）9. 誘発筋電図（ MCV , SCV ）10.血液ガス分析11.スパイロ（肺活量、フローボリューム）12.骨塩定量 (身長　　　 　cm・体重　　　 　kg) |
|

※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

FU01-01-75C

画像提供：　担当職員　　　　　　　　　　　　受領者サイン