

委託検査依頼票（診察なし）

令和 年 月 日

渥美病院 科御中

※ 検査希望日

時刻

①令和 年 月 日 ()

:

病医院名

②早急に

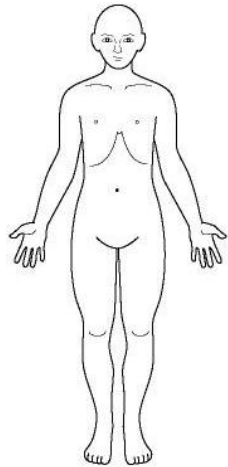
③病院側委任

医師名

<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		
	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)		

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	

※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

画像提供： 担当職員

受領者サイン

FU01-01-75C