

山形ロイヤル病院放射線科宛 オープン検査依頼票(CT)

以下の項目をご記入いただき、放射線科宛てにファックス送信をお願いいたします。

年 月 日

山形ロイヤル病院	医療機関名
放射線科 宛	診療科名
FAX番号: 0237-42-3080	住所
(連絡先: 0237-43-8080)	電話番号 ()
	ファックス番号 ()

予約日時	年	月	日	曜日	午前・午後	時 分
ふりがな						
患者氏名	(男・女)			昭平令	年	月 日 (歳)
住所				電話番号	()	
身長 cm / 体重	kg			感染症 (無・有)		
山形ロイヤル病院 受診歴 (無・有) 診察券番号						
臨床診断名						
CT検査依頼				検査目的 (具体的に記入願います)		
頭頸部	頭部ルーチン・副鼻腔 頸部・甲状腺			指示医名 _____		
脊椎	頸椎・胸椎・腰椎					
胸部	肺野・縦隔・胸郭					
腹部 骨盤部	上腹部 上腹部～骨盤部 骨盤部					
四肢	部位 () 具体的にお願いします					
口腔	デンタル					
備考欄						
植込みデバイス (無・ペースメーカー・ICD・その他 _____)						
ある方は、植込みデバイスの手帳を持参してください。検査前に機種の確認が必要になります。						
読影レポート (要・不要)						
画像CD (当日本人へお渡し・後日読影報告書と併せて病院様へお届け)						
※ 当日は、保険証をお持ちくださいようお願いします。 ※ オープン検査では造影剤を使用することができません。						
技師 _____						