

## 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

放射線科 宛

FAX番号：0237-42-3080

(連絡先：0237-43-8080)

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						
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 ( ) 具体的に願います						
口腔	デンタル						
指示医名 _____							
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るようお願いします。 ※ 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