

画像診断依頼票

西暦 年 月 日

大分記念病院 放射線 科御中

※ 検査希望日

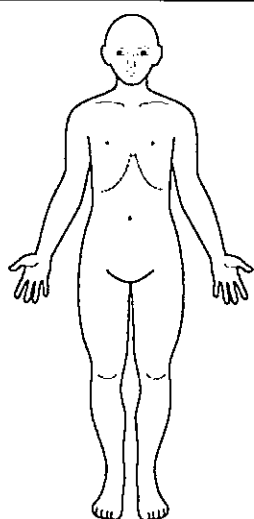
令和 年 月 日 ()
 時刻 14:00~ 14:30~
 15:00~ 15:30~
 16:00~ 16:30~

病医院名 _____

医師名 _____

(TEL: _____ FAX: _____)

<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	西暦 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	● 身長 (cm) 体重 (kg)			
検査項目	<input type="checkbox"/> 単純CT 読影 (有・無) <input type="checkbox"/> 造影CT 読影 (有・無) *の記入をして下さい * クレアチニン値 () eGFR () * ビグアナイド系糖尿病薬服用 (有・無) * βブロッカー服用 (有・無) * 喘息 (有・無) * 甲状腺機能亢進症 (有・無) * 多発性骨髄腫・褐色細胞腫 (有・無) <input type="checkbox"/> 骨塩定量 <input type="checkbox"/> 腹部US <input type="checkbox"/> 頸部血管US <input type="checkbox"/> UCG			

<予約受付> 平日 8:30~17:00 TEL: 097-543-5005 FAX: 097-543-5253 >

----- 院内記入欄 -----

大分記念病院 ID

FAX 送信日

入力者

月 日