共同利用検査予約依頼票(Fax用)

令和　　年　　月　　日

加賀市医療センター　地域医療連携センターつむぎ宛　Fax0761-76-5161

依頼元	医療機関名	医師名
	電話番号	
	Fax	

検査依頼内容	CT	頭部　副鼻腔　中耳・内耳　頚部 胸部　腹部　骨盤 四肢　脊椎
	MRI	頭部　後頭蓋窩 頚椎　胸椎　胸腰椎　腰椎 股関節　膝 MRI検査の場合：事前問診をお願いします。 当院使用の書式にて必ず施行してください。 確認出来ないときは検査できませんのでご了承ください。
	検査目的・コメント	
	身長：　cm	体重：　kg
	感染症	□無し　□有
	移動方法	□歩行　□車椅子　□ストレッチャー

患者基本情報

ふりがな		性別
患者氏名		男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和　年　月　日	
ご住所	（〒　－　）	
電話番号	（　－　－　）	