

共同利用CT・MRI検査予約依頼票(FAX送信用)

平成 年 月 日

加賀市医療センター 地域連携センター宛

FAX 0761-76-5161

依頼元	医療機関名	医師名
	電話番号	
	FAX番号	

検査依頼内容	<input type="checkbox"/> CT検査 (単純)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 中耳・内耳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 脊椎
	<input type="checkbox"/> MRI検査 (単純)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 後頭蓋窩 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝 <p>MRI検査の場合は事前問診(指定様式)をお願いします。 確認できない場合はMRI検査はできませんので、ご了承願います。</p>
	検査希望日	<input type="checkbox"/> 希望 年 月 日 <input type="checkbox"/> 指定なし
	検査目的・コメント	
	身長: cm 体重: kg	
	感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 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 年 月 日	
ご住所	(〒)	
電話番号	()	