

岩手県立一戸病院 C T ・ M R I 検査依頼書

一戸病院ID	(当院で記入します)	依頼元病院名
フリガナ	■■■ □□	・ 病院名 ・ (依頼科) ・ 主治医名
氏名	■■■ □□	
生年月日	H○○年 ○○月 ○○日生	
性別	☒ 男性 ☐ 女性	
体重	○○ kg	

検査日時	R○○年 ○○月 ○○日 (○) 曜日○○時○○分		
検査種	☒ C T ☐ M R I	検査区分	☒ 単純 ☐ 造影
撮影部位	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☒ 胸部 ☒ 腹部 ☒ 骨盤部 ☐ クラウドデンス頸椎 ☐ その他 ()		
眠剤使用	☐ あり (小児で使用する場合はチェックをお願いします)		

- 造影検査の場合は、『造影剤問診票』『造影剤使用の同意書』もFAXをお願いします。
- C T単純検査の場合は検査予約時間の15分前、
M R I単純検査の場合は検査予約時間の30分前、
造影検査または眠剤使用時は検査予約時間の1時間前に総合受付までお越し下さい。

備考：当院職員に対しての申し送り事項がある場合にご利用下さい

FAX番号 0195-32-2171