

合志病院 検査依頼票

依頼元		主治医	
ふりがな		所見	要
患者氏名		造影	不要
生年月日		性別	
患者様の 緊急連絡先			
検査部位			
発症年月日			
主訴・症状			
検査目的			
検査日時			
体内金属の有無			
		【放射線科直通】 TEL:06-6488-1629 FAX:06-6488-1941	

合志病院 患者 ID ()

検査日時： 年 月 日

撮影技師名 ()

読影医 ()

医療法人社団 敬誠会 合志病院