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](TEL:06-6488-1601)  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**