岩手県立一戸病院　放射線検査依頼書

一戸病院ID		医院名記載欄
フリガナ 名　前		
生年月日	年　　月　　日	
性　別	□　男性　　□　女性	

検査日時	年　　月　　日(　　)曜日　　時　　分		
検査種	□　CT　□　MRI	検査内容	□　単純　□　造影
検査部位	□　頭部　□　頸部　□　胸部　□　腹部　□　骨盤部 □　クラウンドデンス(第1・2頸椎) □　その他(　　)		
眠剤の使用	□　有　　(小児患者さん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、本紙と別紙の『造影剤問診票』『造影剤使用の同意書』を記入し、FAXをお願いします。

＊ CT単純検査の場合は検査予約時間の15分前、MRI単純検査の場合は検査予約時間の30分前、造影検査又は眠剤使用時は検査予約時間の1時間前にお越し下さい。

備考

FAX番号　0195－32－2171

作成　H30. 5. 25