岩手県立一戸病院　放射線検査依頼書

一戸病院ID	000－0000－0	医院名記載欄 ○△◇病院 一戸　次郎
フリガナ 名　前	イチノヘ　タロウ 一戸　太郎	
生年月日	S57　年　5　月　12　日	
性　別	☑ 男性　　☐ 女性	

検査日時	H30　年　6　月　5　日(　火　)曜日　9　時　00　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

＊技師に対しコメントがあれば記入して下さい

例. 冠状断画像も撮像して下さい

FAX番号　0195－32－2171

作成　H30. 5. 25