

CT 検査

日進おりど病院長 宛

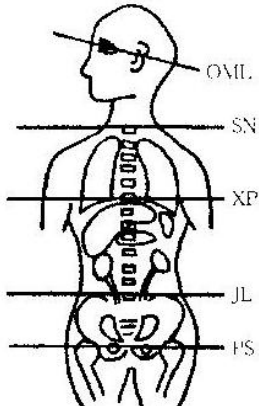
施設名:

医師名:

印

下記の患者について、**医療機器共同利用**を申し込みます。

なお、検査時、患者に対する**緊急処置が必要となった場合は、貴院の対応に一任します。**

ふりがな		生年月日	性別
患者名	様	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	男 女
検査日	年 月 日 時～		
検査部位	頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤部・その他()		
臨床診断 検査目的 検査要望及び 具体的指示など	 <p>画像出力 (CD・フィルム) 希望</p>		
患者の状況	手術歴や注意すべき点などがありましたらご記入ください。		
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 造影検査は、医療機器共同利用ではなく、「一般内科」宛てに紹介状を持参させて下さい。 ・ 検査手技の参考にいたしますので、検査目的・指示内容などはできる限り詳細にご記入願います。 ・ 検査開始30分前までに受付を済まされるようご案内申し上げます。 ・ 都合により検査が受けられなくなった場合には、ご連絡お願いいたします。 		