

検査依頼書

検査項目 (一般撮影 ・ CT)

氏名

どちらかに○して下さい

生年月日

性別

★造影剤使用時は造影剤検査説明同意書の記入をお願いします

依頼元: 医療機関名

依頼医師名

予約日時	年	月	日	AM PM	時	分	より	
臨床診断 ・ 検査目的 (出来るだけ詳細をお願いします)								
検査部位	<input type="checkbox"/> Plainのみ	<input type="checkbox"/> Plain+CE	<input type="checkbox"/> CEのみ	読影		あり	なし	
撮影方法	撮影方向等の指示内容							
<input type="checkbox"/> 当院基準撮影法	▪							
備考	ADL 独歩 車椅子 ストレッチャー 付添 あり なし							
					依頼日	年	月	日
					担当者			

TMG宗岡中央病院

〒353-0001 埼玉県志木市上宗岡5-14-50 TEL048(472)9211(代)