

(様式第1号)

検査申込書(FAX用)

依頼元医療機関名 _____

担当医師名 _____

TEL _____

FAX _____

患者情報

患者名									
性別	<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	女					
生年月日	T	・	S	・	H	・	R	年	月
病名									
予約日時	R	年	月	日	時				

オーダー内容

(※1) MRI検査の場合は、MRI検査問診票(様式第2号)を作成。

種類	<input type="checkbox"/>	MRI(※1)	<input type="checkbox"/>	CT
撮影区分				
部位				
体位	※原則、検査医療機関の判断。特別な理由があれば「撮影コメント」欄に記載。			
方法	単純撮影のみとなります			
撮影コメント				
検査目的				
読影の有無	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無
患者への説明	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無
	金属(MRIのみ)・予約時間・撮影時間・閉所・撮影の中止等			
移動形	<input type="checkbox"/>	独歩	<input type="checkbox"/>	車椅子
	<input type="checkbox"/>	ストレッチャー	<input type="checkbox"/>	その他
特記事項	(例) ペースメーカー装着等			

検査医療機関記載欄

患者ID	
当院受診歴	
その他	