

放射線科検査依頼票

鳥取県立厚生病院 患者支援・地域連携センター 宛
FAX(0858)22-8210

年 月 日

フリガナ 患者氏名 住所 〒		貴院名・医師名 様
電話番号() -		
生年月日 (男・女)	大・昭・平・令 年 月 日(歳)	
保険者番号		
記号・番号	公費負担者番号	
資格取得年月日	公費受給者番号	
被保険者氏名 (続柄)	資格取得年月日	
CT	<部位>	
	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 併用	(造影の場合はクレアチニン値をお知らせください _____) 検査実施日:
MRI	<部位>	
	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 併用 [<input type="checkbox"/> 通常の造影剤 <input type="checkbox"/> SPIO <input type="checkbox"/> EOB] <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> MRA	(造影の場合はクレアチニン値をお知らせください _____) 検査実施日:
RI	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ <input type="checkbox"/> ()シンチ	脳血流シンチ(負荷なし) <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> <input type="checkbox"/> 123 I-IMP (3D-SSP解析) <input type="checkbox"/> 99m Tc-ECD (eZIS解析) </div>
	希望日時 ①	年 月 日()
②	年 月 日()	

○お電話でお申し込み頂いた場合でも、後ほど診療情報提供書と併せてFAXして頂きますようお願い致します。

○ご不明な点は下記までお問い合わせください。

鳥取県立厚生病院 患者支援・地域連携センター

電話(0858)22-8181(内線5160)
FAX(0858)22-8210(直通)