

放射線科検査依頼票

鳥取県立厚生病院 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 〒 電話番号() -	様	貴院名・医師名		
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_____)			
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_____)			
RI	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ 脳血流シンチ(負荷なし)			
	<input type="checkbox"/> ()シンチ (<input type="checkbox"/> 123 I-IMP (3D-SSP解析) <input type="checkbox"/> 99m Tc-ECD (eZIS解析))			
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 地域連携センター

電話(0858)22-8181(内線5160)

FAX(0858)22-8210(直通)

平日 8:30~17:00(土日祝休み)