



天使病院

放射線検査室 宛

〒065-8611

札幌市東区北12条東3丁目1-1

FAX (011) 711-1049

TEL (011) 711-0101

医療機器共同利用 予約依頼票

申込み日： 年 月 日

医療機関名
医師氏名
TEL
FAX

フリガナ		性別		〒	
患者様氏名			住所		TEL () -
生年月日	年 月 日 (歳)				
保険情報	保険者番号			天使病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	記号・番号				

<input type="checkbox"/> 放射線検査室へ連絡済み	予約日	月 日 ()	時 分
--------------------------------------	-----	---------	-----

(病名、及び検査依頼内容)

【検査項目】

CT検査	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> その他()
MRI検査	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 骨盤腔
	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	
	<input type="checkbox"/> 四肢骨(部位:)		<input type="checkbox"/> その他()	
骨塩定量	<input type="checkbox"/> 腰椎正面	<input type="checkbox"/> 大腿骨(右・左)		
レントゲン	<input type="checkbox"/> 腰椎(2方向)			
患者の状態	歩行可 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー			付き添い: 無 ・ 有(家族・その他)
身長・体重	身長	cm	体重	kg
備考				