　　　　　　委託検査依頼票（診察なし）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　令和　　　年　　　月　　　日

　　はやと整形外科　　　　御中

医療機関名

医師名

検査希望日

1. 第1希望：令和　　年　　月　　日（　　）
2. 第2希望：令和　　年　　月　　日（　　）
3. 早急に
4. はやと整形外科側へ委任

**＜はやと整形外科使用欄：予約確定日：令和　　年　　月　　日（　　）時間　　　 ：　　＞**（　　 ：　 　）＞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | フリガナ |  | 性別 | 生年月日 | |
| 患者氏名 |  | 男　・　女 | 明・大・昭・平・令  　年　　月　　日 | |
| 現住所 | TEL | | | |
| 臨床経過及び依頼目的、検査部位を明記してください | | | | |  |
| 検査目的  ・  検査部位 |  | | | |
| 検査項目 | |  |  | | --- | --- | | 来院方法 | 独歩 ・ 車いす | | 記録媒体 | 半切 枚 | | CD・DVD 枚 | | 曝射回数 回 | | その他 | | 技師氏名 |  |   1. 単純CT　　　　読影（ 有 ・ 無 ）  2. 単純MRI 読影（ 有 ・ 無 ）  ※MRI禁忌事項確認（ 済 ・ 未 ）  3. 単純X-P  4. 血管エコー（ 下肢 ・ その他 ）  5. 骨塩定量  (身長　　　 　cm・体重　　　 　kg) | | | | |
|

＜予約受付＞　平日　８：３０～１７：００

＜FAX＞　　０９９５－４２－３５５６　　　＜TEL＞　　０９９５－４３－６１１１

　--------- 院内記入欄 ----------------------------------------------------------------------------------------------------

はやと整形外科ID　　　　　　　　　　予約確認FAX送信日　　　　　予約確認者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月　　　　　日

画像提供：　担当職員　　　　　　　　　　　　受領者サイン