

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

検査希望日

医療機関名

① 第1希望：令和 年 月 日（ ）

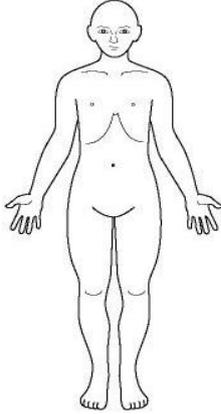
② 第2希望：令和 年 月 日（ ）

③ 早急に

医師名

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 | 1. 単純CT 読影（有・無） | 来院方法 独歩・車いす | 記録媒体 | |
| | 2. 単純MRI 読影（有・無） ※MRI禁忌事項確認（済・未） | | 半切 枚 | |
| 3. 単純X-P | CD・DVD 枚 | | | |
| 4. 血管エコー（下肢・その他） | 曝射回数 回 | | | |
| 5. 骨塩定量 (身長 cm・体重 kg) | その他 | | | |
| | | 技師氏名 | | |

<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