

検査予約申込書

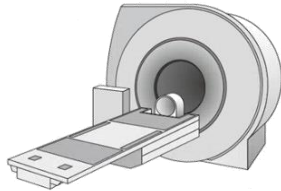


(申込み日) 令和 年 月 日

放射線検査室 行

TEL (098) 917-5124

FAX (098) 917-5125



<ご紹介元医療機関名>

TEL: _____

FAX: _____

(フリガナ)		電話番号	
患者様氏名	(旧姓: _____)	性別	男性 ・ 女性
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年 月 日	
住 所			
那覇市立病院受診歴	(有 → ID: _____ ・ 無)		

* 検査予約日は直近の日時をご提示致します。都合の悪い日時がありましたら、下記備考欄にご記入下さい。

検査項目	<input type="checkbox"/> CT検査 (造・単) <input type="checkbox"/> MRI検査 (造・単) <input type="checkbox"/> MRCP検査 <input type="checkbox"/> MRA検査 <input type="checkbox"/> RI検査 <input type="checkbox"/> その他(_____)
撮影部位	頭部 顔面 頸部 胸部 上腹部 下腹部 心大血管 頸椎 胸椎 腰椎 上肢 下肢 関節(_____)
造影検査	腎機能低下(有 無)、喘息(有 無)、造影剤(可 禁忌)
糖尿病薬	内服(有 無) (薬名: _____)
同意書(有 無)、問診票(有 無)	
備 考	