

【X線写真】受託検査申込書

来院時間(当院記入)

時	分
---	---

検査希望日	第1希望	令和 年 月 日 (曜日)	放射線科への電話連絡
	第2希望	令和 年 月 日 (曜日)	済 ・ 未

フリガナ		性別	生年月日
患者様氏名		男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日(歳)
住所	〒 — TEL ()		

◆お願い◆

- ・伝票に必要事項をご記入の上、検査申込書とともにFAXをお願いいたします。
※検査伝票の太枠内(患者氏名、生年月日、年齢、主治医、診断目的、撮影方向、撮影体位、撮影部位)をご記入ください。
- ・妊娠可能性のある女性の場合は、妊娠の有無についての確認とレントゲン検査についてのご説明をお願いいたします。
- ・急患対応など状況によってはお待たせする場合がありますのでご了承ください。
- ・画像はCD-Rでの提供となります。

紹介元医療機関名	TEL () / FAX ()
紹介医師名	

奥州市総合水沢病院

〒023-0053 岩手県奥州市水沢大手町3-1
TEL 0197-25-3833(内線 257)
FAX 0197-25-4012(医療連携室直通)

(R5.04)