

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター放射線検査申込用紙

申し込み日	年 月 日	検査希望日	年 月 日
ご依頼先、医師名 Fax番号			
ご依頼検査： CT ・ MRI ・ スペクト ・ 骨密度 ・ その他 () 部位： 頭 ・ 胸 ・ 腹 ・ その他 () 患者に写真を持たせる (検査後1時間程かかります) ・ 郵送			
ふりがな 患者氏名	男 ・ 女	才	生年月日 年 月 日
	身長	cm	体重 kg
診断名 (疑い) 現病歴 (主訴・症状) 既往歴 特記事項 (患者様の状態・MRIの体内金属・読影に必要な点など) 感染症の有無 (肝炎ウイルス・ワ氏など) ・ 薬物アレルギー			
〒019-2413 秋田県大仙市協和上淀川字五百刈田352 秋田県立リハビリテーション・精神医療センター TEL : 018-892-3751(内線 1244) ・ FAX:018-892-3775			