

## 検査依頼予約用紙 (FAX 専用)

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター 放射線科診療部受付 宛

### 御 依 頼 元

医療機関名					
医師名					
住所	〒           —				
電話番号	—		—		
FAX 番号	—		—		

依 頼 検 査 (月・火・木・金 9:00~12:00、水 10:00~12:00 問診時間含む)

第1希望日	年 月 日	第2希望日	年 月 日	第3希望日	年 月 日
検査名	CT 検査 (単純) ・ MRI 検査 (単純) ・ 核医学 (RI) 検査 ・ 骨密度測定				
検査部位	頭 部 (           ) ・ 頸 部 (           ) ・ 胸 部 (           ) 腹 部 (           ) ・ 背 髄 ( 頸 髄 ・ 胸 髄 ・ 腰 髄 ) 関 節 (           ) ・ その他 (           )				

### 検査後の対応

画像提供：要(CDのみ)・不要・その他 (            )、放射線科医読影報告書：後日郵送
--

### 患 者 情 報

ふりがな				性 別	男・女
患者氏名				身長	cm
				体重	kg
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日 (    歳 )	受診歴有 (No.    )
住所	〒           —				
電話番号	—           —		(携帯           —           —)		

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5510) FAX 018-892-3775