

天使病院

地域医療連携室 宛
 〒065-8611
 札幌市東区北12条東3丁目1-1
 FAX (011) 711-1049
 TEL (011) 711-1042

医療機関名
医師氏名
TEL
FAX

フリガナ		性別		住所	〒			
患者様氏名					TEL ()	—		
生年月日	年 月 日生 (歳)	天使病院受診歴		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			

希望日	<input type="checkbox"/> 特になし	① 月 日 午前or午後	② 月 日 午前or午後
-----	-------------------------------	--------------	--------------

(病名、及び検査依頼内容)

【検査項目】

CT検査	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> その他()
MRI検査	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 骨盤腔
	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	
	<input type="checkbox"/> 四肢骨(部位:)	<input type="checkbox"/> その他()		
骨塩定量	<input type="checkbox"/> 腰椎正面	<input type="checkbox"/> 全身骨	<input type="checkbox"/> 大腿骨	<input type="checkbox"/> 前腕
患者の状態	歩行可 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー			付き添い: 無 ・ 有(家族・その他)
結果報告	<input type="checkbox"/> CD-Rと読影を一緒に郵送		<input type="checkbox"/> CD-Rのみ先に郵送	
備考				