

〈小田原市立病院〉放射線科画像診断部門依頼 FAX 用紙

FAX 番号 0465-34-3180

従来通り、電話でのご予約後、可能であればお時間のある時に本書を FAX して下さると、検査当日の患者さんの待ち時間短縮につながります。

項目	記入欄
フリガナ 患者名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
電話番号	— —
市立病院 受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
検査名	～〇で囲んでください～ 単純 CT・単純 MRI・RI () PET/CT・骨塩定量・骨盤計測 *RI は、「骨シンチ」など検査名をご記入ください。 *造影 CT/MRI は、画像診断部門ではなく通常どおり該当する診療科にご紹介ください。(必要に応じて当院で造影検査を含めた診療をさせていただきます。)
検査予約 日時	令和 年 月 日 () 時 分
検査部位	～〇で囲んでください～ 頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・上肢・下肢・頸椎・胸椎・腰椎・肩・肘 ・膝・全身・その他 () ※上記「検査名」項目にて「骨塩定量」を選択された場合は記載不要です。
病名	～疑い病名も可～

依頼施設名 _____

医師名 _____

電話番号 _____

小田原市立病院 処理欄	
患者ID	— —

※「予約センター」から「放射線科(医師)」へ
(メッセージ最終便)

小田原市立病院
ODAWARA MUNICIPAL HOSPITAL