

受託検査予約票

※苫小牧市立病院ID :

(記載しないでください)

宛先
苫小牧市立病院地域医療連携室 宛
〒053-8567
苫小牧市清水町1丁目5番20号
ファックス
0144-33-4678
電話直通
0144-84-0158

ご紹介元医療機関名

医師ご氏名

電話

ファックス

フリガナ	(旧姓)	生年	明治・大正・昭和・平成・令和	性別	男・女
患者さん氏名		月日	年 月 日		
住所					
電話	自宅	携帯/自宅以外			

検査希望日時	第1希望	年 月 日 () 時 分 ころ
	第2希望	年 月 日 () 時 分 ころ
	その他	
検査項目	確認事項	撮影部位
<input type="checkbox"/> MRI	(1)造影剤 : (有・無) (2)金属クランプ : (有・無) (3)ステント : (有・無)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> RI		
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ		
<input type="checkbox"/> エコー検査		<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他		