

年 月 日

医療機器共同利用申込書

JCHO 若狭高浜病院

放射線 科

地域連携室 行

FAX:0770-72-0822

TEL:0770-72-0702

医療機関名

所在地

担当 科

医師 名

電話番号

FAX 番号

科

フリガナ		☐ 男	生年月日	☐ 令和	☐ 平成	年	月	日生 (歳)
患者氏名		☐ 女		☐ 昭和	☐ 西暦			
住所	〒 ー			職業(任意)	- -			
				電話番号				
当院外来・健診受診歴			☐ 不明	☐ あり	ID			
傷病名								
症状等								
依頼目的	☐ X線撮影 ☐ 骨密度検査(DXA法) ☐ その他()							
	☐ CT検査(単純)読影あり ☐ CT検査(単純)読影なし							
検査希望年月日	希望日	月 日		希望時間(時 頃)				
	その他	☐ 直近で		☐ 希望日なし				
既往症				身長/体重	cm			kg
検査目的 症状経過 検査結果	* 注意 検査目的(CT読影ありの場合は詳細に記入) 骨密度検査は身長/体重記入のこと ☐ 別添、診療情報提供書のとおり							