

検査依頼票

年 月 日

国保多古中央病院外来担当医殿

施設名

医師名 _____ (印)

患者氏名 _____ 男・女

生年月日 年 月 日生(歳)

保険病名又は臨床診断

1、 検査項目 (○印をつけてください)

1、CT 2、MRI 3、胃X-P

4、骨密度 5、大腸CT

2、 検査部位 (出来るだけ細かく指示をお願いします)

3、 撮影方法

・ルーチン撮影

・その他

4、 備考