

# 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、 C T            2、 M R I            3、 胃 X - P

4、 インプラント C T

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