共同利用撮影指示書

施設名
（ゴム印可）

ふりがな
患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　性別　男・女

生年月日　　年　　月　　日　（　　）歳

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【検査予定日】

年　　月　　日　　時　　分～

【検査モダリティ】

ＣＴ　　ＭＲＩ　　骨密度（読影はできません）

【読影】

要　　**不要**　（未記入の場合は読影いたします）

【検査部位】

頭部　　頸部　　胸部　　腹部　　骨盤部

背椎（　頸椎　　胸椎　　腰椎　）

上肢（　肩　　上腕　　肘　　前腕　　手関節　　手　）

下肢（　股関節　　大腿　　膝　　下腿　　足関節　　足

その他（　　）

【左右指示】

右　　左　　両

【検査目的】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

画像検査をされる患者さんへ

あなたの検査日時は、

月　　日（　　）　　：　　からの予定です。

【検査当日の流れ】

・予約時間３０分前にご来院ください。

・来院しましたら、撮影指示書を**患者支援センター（8番）窓口**に出してください。

・**放射線受付（18番）**で受付し、検査を行います。

・検査終了後、**放射線受付前（18番）**でお待ちください。
CD-R（画像）をお渡しいたします。

・CD-Rを受け取りましたら**当院でのお会計はありません**ので、
そのまま帰宅となります。

※　キャンセルや日程変更は、検査依頼元の医療機関にご連絡をお願いいたします。

【その後の流れ】

・検査依頼元医療機関を受診してください。

・CD-Rを受け取った方はお渡しください。

・検査料は検査依頼元医療機関でお支払いをお願いいたします。