

令和 年 月 日
医療機器共同利用依頼書

筑波大学付属病院水戸地域医療教育センター
総合病院 水戸協同病院 地域連携室 宛

FAX 029-233-9916

紹介元情報

医療機関名			
医師名		申込担当者	
電話番号		FAX	

患者情報

フリガナ			性別
患者氏名			男・女
当院ID		電話番号	
住所			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日(歳)		

検査希望日	第1希望 ____ 月 ____ 日 第2希望 ____ 月 ____ 日		
病名			
検査目的			
その他希望事項			

放射線検査依頼 CTについては造影剤使用有無も○で囲んでください

CT検査 単純・造影	頭部 / 口・顎 / 頸部 / 胸部 / 腹部 / 骨盤 その他
RI検査	骨シンチ
読影希望	あり ・ なし

生理検査依頼

エコー検査	腹部 / 甲状腺 / 乳腺
-------	---------------

- 1.医療機器共同利用依頼書を、FAXにて送信して下さい。
- 2.予約票をFAX致します
- 3.造影剤検査の場合は、説明および同意書もFAX致しますので、検査当日持参下さい。