

年 月 日

## 県立丹波医療センター 在宅X線撮影依頼票

施設名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

### 患者様情報

氏名 \_\_\_\_\_

貴施設のID番号 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

生年月日 MTSH 年 月 日( 才)

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

### 検査希望日

第一希望日: 月 日( ) 時 分

第二希望日: 月 日( ) 時 分

第三希望日: 月 日( ) 時 分

### 撮影部位

胸部 腹部 その他( )

方向等詳しい指示があればご記入ください。

### 患者様の状態

ベッド・たたみ・座位・起立歩行・その他( )

### 検査の目的(主訴・病名等)

感染症: 無・有( )

### 検査料支払い方法

銀行振り込み

現金払い

検査料: \_\_\_\_\_ 円(記入不要)

TEL: 0795-88-5220

FAX: 0795-88-5231

(地域医療専用)