

診療情報提供書／エックス線検査依頼書

患者氏名	フリガナ	◆検査日時が決まり次第、貴医院にてご記入してください。	
	様 男 女	検査日	年 月 日 (曜日)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生		
患者住所	電話 ()	検査時刻	午前 時 分 午後
依頼医療機関名		患者ID	IDは、当医療センターにて記入
電話		フィルム	<input type="checkbox"/> 要
FAX		CD-R	<input type="checkbox"/> 要
依頼医師名			

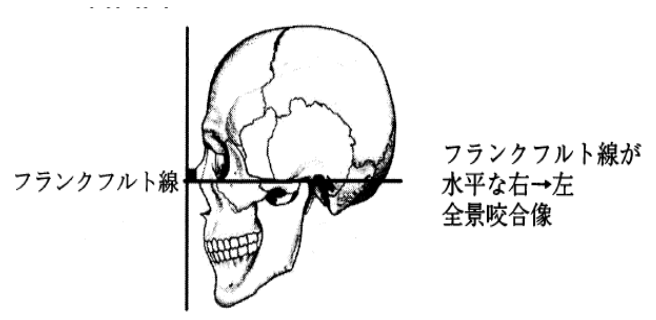
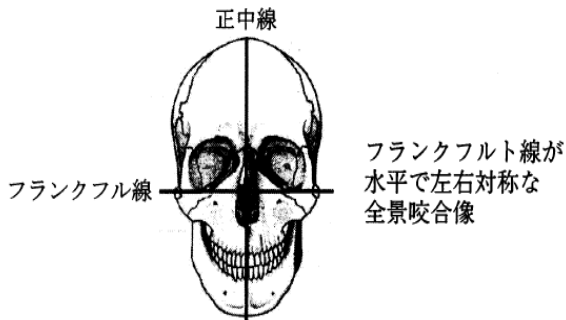
【検査項目】 (✓チェック)

セファロ (口正面 側面) パノラマ 骨密度 (身長 cm 体重 kg)

その他 ()

セファロ正面図

セファロ側面図



【セファロ撮影は上図を基本とします。それ以外の撮影については当医療センター歯科口腔外科までご相談ください】

【病名・診断名】 (必須項目)

【紹介・検査目的・現在の治療内容等】

検査予約の流れ

- 1 検査予約は放射線科受付(電話042-558-0321 内線2200)に電話予約をお願いします。
予約受付時間は午前8時30分から午後5時15分です。
- 2 「診療情報提供書／検査依頼書」に決定した予約日時と必要事項を記入し、1枚目の「公立阿伎留医療センター提出用」を封書に入れ、3枚目の「検査予約票」を一緒に患者様にお渡しください。2枚目の「貴院控用／FAX用」で放射線科受付(FAX 042 - 558 - 0571)にFAXをお願いします。
- 3 患者様は、検査当日、①1枚目の「診療情報提供書／検査依頼書」、②3枚目の「検査予約票」、③「保険証・医療証」を新患受付1番窓口へ提出し、受付の手続きをしていただけるようにお伝えください。
- 4 原則としてフィルム、CDは患者様に手渡しとなります。結果をお渡しするのに30分程度お時間をいただきます。
なお、基本的に読影はいたしておりません

診療情報提供書／エックス線検査依頼書

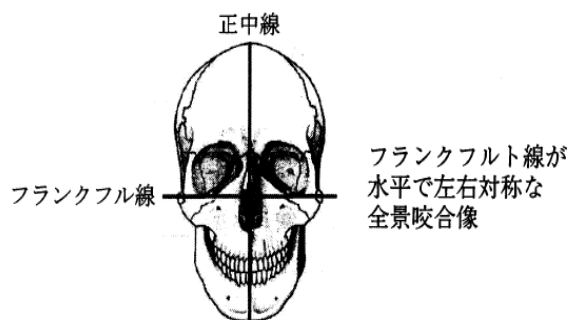
患者氏名	フリガナ	◆検査日時が決まり次第、貴医院にてご記入してください。	
	様 男 女	検査日	年 月 日 (曜日)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生		
患者住所	電話 ()	検査時刻	午前 時 分 午後
依頼医療機関名		患者ID	IDは、当医療センターにて記入
電話		フィルム	<input type="checkbox"/> 要
FAX		CD-R	<input type="checkbox"/> 要
依頼医師名			

【検査項目】 (✓チェック)

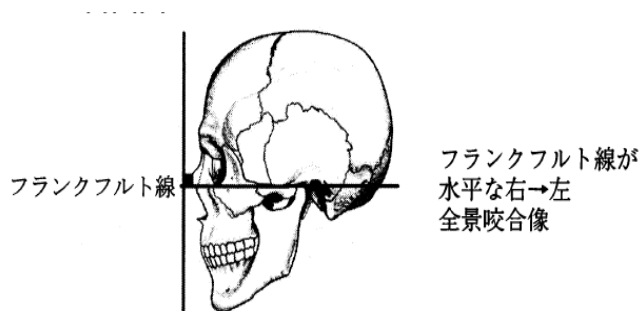
セファロ (口正面 側面) パノラマ 骨密度 (身長 cm 体重 kg)

その他 ()

セファロ正面図



セファロ側面図



【セファロ撮影は上図を基本とします。それ以外の撮影については当医療センター歯科口腔外科までご相談ください】

【病名・診断名】 (必須項目)

【紹介・検査目的・現在の治療内容等】

検査予約の流れ

- 1 検査予約は放射線科受付(電話042-558-0321 内線2200)に電話予約をお願いします。
予約受付時間は午前8時30分から午後5時15分です。
- 2 「診療情報提供書／検査依頼書」に決定した予約日時と必要事項を記入し、1枚目の「公立阿伎留医療センター提出用」を封書に入れ、3枚目の「検査予約票」を一緒に患者様にお渡しください。2枚目の「貴院控用/FAX用」で放射線科受付(FAX 042 - 558 - 0571)にFAXをお願いします。
- 3 患者様は、検査当日、①1枚目の「診療情報提供書／検査依頼書」、②3枚目の「検査予約票」、③「保険証・医療証」を新患受付1番窓口提出し、受付の手続きをしていただけるようにお伝えください。
- 4 原則としてフィルム、CDは患者様に手渡しとなります。結果をお渡しするのに30分程度お時間をいただきます。
なお、基本的に読影はいたしておりません

エックス線検査予約票

患者氏名	フリガナ	◆検査日時が決まり次第、貴医院にてご記入してください。	
	様 男 女	検査日	年 月 日 (曜日)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	検査時刻	午前 時 分 午後
患者住所	電話 ()	患者ID	IDは、当医療センターにて記入
依頼医療機関名	電話	フィルム	<input type="checkbox"/> 要
		FAX	<input type="checkbox"/> 要
依頼医師名		CD-R	<input type="checkbox"/> 要
【検査項目】 (✓チェック)			
<input type="checkbox"/> セファロ (<input type="checkbox"/> 正面 <input type="checkbox"/> 側面) <input type="checkbox"/> パノラマ <input type="checkbox"/> 骨密度 (身長 cm 体重 kg)			
<input type="checkbox"/> その他 ()			

~~~~エックス線検査を受けられる方へ~~~~

【当日の手続きについて】

検査当日は、検査予定時刻30分前までに、公立阿伎留医療センター新患受付11番窓口へ検査予約票・保険証・診療情報提供書の入った封書を提出し、受付の手続きをしてください。

【前処置について】

食事の制限や内服薬の制限など、事前にしていただくことはございません。

【検査について】

- 1) 検査にかかる時間は、5分から15分程度ですが状況により多少時間が延びる事があります。
- 2) 妊娠中または妊娠の可能性のある方は検査を受けられない場合があります。

【注意事項とお願い】

- 1) 検査予定時刻に遅れないようにお願いします。
- 2) ご都合により検査にこられない場合、または遅れる場合は、お早めに公立阿伎留医療センター放射線科受付まで、ご連絡ください。
- 3) 検査予定時刻が多少前後する場合がありますのでご了承ください。

※ご不明なことがございましたら、放射線科受付までお問い合わせください。

公立阿伎留医療センター 042-558-0321 (代表)
放射線科受付 内線 2200