

地方独立行政法人神奈川県立病院機構

神奈川県立循環器呼吸器病センター

放射線科 岩澤 多恵 先生御侍史

| | |
|--------------------|---|
| 【施設名】 | |
| 【医師名】 | ⑩ |
| TEL () | — |
| FAX () | — |

胸部 X 線検査 検査依頼書 (診療情報提供書)

| | | | | | |
|------|---------------------------------|-----|-------|---|----------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | |
| 受診者名 | | 男・女 | M・T・S | 年 | 月 日 (歳) |
| 住 所 | (〒) | | | | |
| 電 話 | TEL () — | | | | |

【依頼内容】

施設入所前健康診断のため胸部 X 線撮影 (1 方向)

< 患者に対する留意事項 >

- ・ 仰臥位での静止 可 不可
- ・ ペースメーカー 有 無
- ・ 認知症 有 無 不明

< 日常生活 >

- 車椅子 ストレッチャー 移動介助要

※地域連携室 **FAX 045-784-5965** に送信をお願いいたします。

※原本は患者さんにお渡しのうえ、検診当日、窓口に提出するようご案内ください。