

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】	(印)
TEL ()	-
FAX ()	-

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) をお願いいたします。

<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。