

# 胸部単純撮影依頼書

検査日 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 紹介医TEL \_\_\_\_\_

フリガナ  
患者名 \_\_\_\_\_ 様 生年月日 T S H 年 月 日 \_\_\_\_\_ 才 男・女

病名	現病歴			
撮影部位 ○印				
部位	撮影方向			
胸部	前→後	後→前	右→左	左→右
【参考事項】 妊娠 (+, -)				

※検査実施日 月～金曜日 午後1～4時 (場合によっては、午前中の対応も可能です。)

※予約方法 当センター (32-8042) へお電話頂き、ご都合の良い日を予約下さい。

(予約状況により、予約当日の撮影も可能です。)

予約日にこの依頼書を患者様にご持参頂き、撮影いたします。

※検査結果 撮影終了後画像を患者様に持ち帰って頂くか、集配でお届けします。

## 照射録

電圧	KV	電流	mA	時間	フォトタイマー
FFD	cm	指示医		撮影者	
フィルム	枚				