

※患者ID

CT・MRI・骨塩定量検査依頼書（兼）診療情報提供書

年 月 日

こだま病院

医事課経由 放射線科行

FAX：0797-86-7725

ご紹介元医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師名

Ⓜ

※印の項目は当院で記入します

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者氏名		男・女	大・昭 平・令 年 月 日生（ 才）
住所	〒		電話

第1希望 検査日時 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分

第2希望 検査日時 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分

第3希望 検査日時 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分

該当する項目にチェックをお願いいたします。

CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部（ <input type="checkbox"/> 上下腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔） <input type="checkbox"/> 脊椎（ <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙骨尾） <input type="checkbox"/> その他	MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 脊椎（ <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙骨尾） <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手背 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> その他
	造影		<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 造影のみ
	骨塩定量		<input type="checkbox"/> 腰椎+両股関節

患者情報をご記入ください

傷病名	
検査目的	
臨床症状	
緊急読影	確認事項
<input type="checkbox"/> 希望する（2時間以内） <input type="checkbox"/> 希望しない（通常）	腎機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 造影剤副作用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 糖尿病薬服用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 妊娠 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

※受付者		※返信者		※担当者	
------	--	------	--	------	--