

検査依頼票 兼 診療情報提供書

済生会加須病院

放射線科担当医 宛

記載日

年

月

日

済生会加須病院

〒 347-0101 埼玉県加須市上高柳1680番地

放射線科直通

TEL : 0480-53-5851

FAX : 0480-53-5871

紹介元医療機関名

住所

TEL :

FAX :

医師名

印

当院受診歴 (有・無・不明)

当院ID

生年月日

西暦 大正 昭和 平成 令和

フリガナ

患者氏名

男・女

年

月

日

() 歳

住所 〒

TEL

検査目的 (主訴・病歴・傷病名・家族歴・検査結果)

現在の処方

ご希望の検査に☑

1検査1部位のご依頼をお願いいたします

MRI・CTは単純撮影のみとなります

 MRI

別紙、「MRIチェックリストおよび承諾書」を記入し検査当日お持ちください。

 CT

「別紙、CT検査を受けられる方へ」を患者様へご説明いただき、患者様へお渡しく下さい。

検査部位

 脳+MRA 膵胆道系(MRCP) 骨盤部その他 頸動脈 腹部 その他 頸椎 前立腺

() 関節

 胸椎 婦人科系

右・左

 腰椎 その他 (部位をご記入ください)

検査部位

 頭部 腹部-骨盤 脊椎 () 頸部 腹部-骨盤 (尿路) 胸部 上肢 () 胸部-骨盤 下肢 () 上腹部 その他 (部位をご記入ください) 骨塩定量検査 一般撮影検査 マンモグラフィ

検査部位

 腰椎+股関節 前腕 体組成

検査部位

検査確認事項 安全に検査を行なうため該当する場合は必ず☑をお願いいたします。

 ペースメーカー 植込み型除細動器 人工内耳 妊娠 入墨 金属

一部コピーをお取りいただき貴院様控えとして下さい。