

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

フリガナ 西暦 大正 昭和 平成 令和

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

<input type="checkbox"/> 脳+MRA	<input type="checkbox"/> 膵胆道系(MRCP)	<input type="checkbox"/> 骨盤部その他
<input type="checkbox"/> 頸動脈	<input type="checkbox"/> 腹部 その他	<input type="checkbox"/> () 関節 右・左
<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 前立腺	
<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 婦人科系	
<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> その他 (部位をご記入ください)	
<input type="checkbox"/>		

検査部位

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 腹部-骨盤	<input type="checkbox"/> 脊椎 ()
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 腹部-骨盤 (尿路)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上肢 ()	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 胸部-骨盤	<input type="checkbox"/> 下肢 ()	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> その他 (部位をご記入ください)	
<input type="checkbox"/>		

☐ 骨塩定量検査

☐ 一般撮影検査 マンモグラフィ

検査部位

<input type="checkbox"/> 腰椎+股関節	<input type="checkbox"/> 前腕	<input type="checkbox"/> 体組成
---------------------------------	-----------------------------	------------------------------

検査部位

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

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。

<input type="checkbox"/> ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 植込み型除細動器	<input type="checkbox"/> 人工内耳	<input type="checkbox"/> 妊娠	<input type="checkbox"/> 入墨	<input type="checkbox"/> 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。