

病診連携 検査依頼書

医院名 _____ 医院 _____

紹介医 _____

◎オープン検査 (時間の指定はなく、平日の8:30~17:00で行えます)

・撮影後、画像を患者様に直接お渡しします。読影医の所見レポートはありません。

<input type="checkbox"/>	骨盤計測撮影 (土日祝日のご依頼は救急受診として下さい)
<input type="checkbox"/>	乳房撮影
<input type="checkbox"/>	骨塩定量検査 身長 _____ cm 体重 _____ kg
<input type="checkbox"/>	X線撮影 (部位方向を記入)

◎予約検査 (予約時間はFAX返信いたします)

・後日、郵送にて読影医による所見レポートと画像をお送りします。

<input type="checkbox"/>	内視鏡検査 (上部消化管)
<input type="checkbox"/>	食道下咽頭造影
<input type="checkbox"/>	心エコー
<input type="checkbox"/>	骨シンチ
<input type="checkbox"/>	Gaシンチ
<input type="checkbox"/>	超音波検査 (腹部・腹部骨盤部・骨盤部・乳房・頸部・その他)

CT・MRIは検査に○印を記入後、部位にも○印を記入して下さい。

<input type="checkbox"/>	CT 単純	<input type="checkbox"/>	頭部 (脳) *頭部は単純のみとなります
<input type="checkbox"/>	CT 造影	<input type="checkbox"/>	眼窩
<input type="checkbox"/>	CT 単純+造影	<input type="checkbox"/>	鼻腔・上顎
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	両耳
<input type="checkbox"/>	MRI 単純	<input type="checkbox"/>	頸部
<input type="checkbox"/>	MRI 造影	<input type="checkbox"/>	胸部
<input type="checkbox"/>	MRI 単純+造影	<input type="checkbox"/>	腹部
<input type="checkbox"/>	MRA	<input type="checkbox"/>	骨盤部
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	脊椎 (頸椎・胸椎・腰仙椎)

*この用紙は予約取得のために使用します。臨床情報は可能な限り紹介状に記入して下さい。また、沈静の必要や禁忌の薬のある場合も紹介状に記入して下さい。

*造影CTとMRIには検査同意書 (承諾書) が必要です。問診を済ませて下さい。

フリガナ	
紹介患者氏名	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日生 (男・女)
住所	〒 _____
	電話 () _____
市立病院受診歴	なし あり (病院ID _____)
検査希望日	月 _____ 日 _____
特に都合の悪い日	

フィルムが必要な方は下欄にチェックしてください。

* 画像は原則CD-Rでの提供となります。

* 別途フィルム料発生 フィルム希望