



放射線検査依頼票 (診療情報提供書)

《依頼元》

医療機関・施設名 _____ 依頼医師 _____ 先生

フリガナ		性別	生年月日			
氏名		男・女	明治 昭和	大正 平成	年	月 日
現住所 (アパート・マンション名)						
電話 _____						
移動 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 独歩						
予約検査日		年	月	日	予約時間	時 分
※上記予約時間の _____ 分前までに新館1階外来受付にお越しください						
依頼検査	単純	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> MRアンギオ	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 3DCT
	造影	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 3DCT	<input type="checkbox"/> CTアンギオ	
※造影検査の場合、下記の数値を必ず記載願います。(3ヶ月以内の数値)						
●腎機能 (クレアチニン _____ mg/dl) ●喘息 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)						
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎
	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 四肢	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 子宮卵巣	<input type="checkbox"/> その他 (_____)
診断名 (疑い病名) :						
医療情報 (症状と検査目的)						
依頼医師チェック項目 (該当するものに☑)						
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 体内の金属 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 妊娠						
<input type="checkbox"/> アレルギー (_____) <input type="checkbox"/> 感染症 (_____)						
手術の既往 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 手術名 (_____)						
検査の変更および追加について <input type="checkbox"/> 任せる <input type="checkbox"/> 任せない						

予約受付 TEL 070-6575-8620
 FAX 045-371-2676
 (平日 9:00~12:00、13:00~17:00、土曜日 9:00~12:00)

- 申込み手順
- ① 上記の電話にて予約をお取りください。
 - ② 予約後、本用紙を当日中にFAXにてご送付ください。
 - ③ 患者様には「放射線検査予約票」をお渡しください。