

医療機器共同利用 検査依頼書 兼 診療情報提供書

申込日: 令和 年 月 日

(紹介先)

医療機関名:

医療法人社団青空会大町病院 行

医師名:

FAX: 0244-24-4940

TEL: :

TEL: 0244-24-2333(放射線科内線131) FAX: :

ふりがな 患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月 日 歳
住 所	〒	電話番号	
検査項目	C T	M R I	X線骨密度測定
	<input type="checkbox"/> 頭 部	<input type="checkbox"/> 頭 部	<input type="checkbox"/> 腰椎・大腿骨(右・左)
	<input type="checkbox"/> 頸 部	<input type="checkbox"/> 頸 部	<input type="checkbox"/> 腰椎のみ
	<input type="checkbox"/> 胸 部	<input type="checkbox"/> 胸 部	
	<input type="checkbox"/> 腹 部	<input type="checkbox"/> 腹 部	
	<input type="checkbox"/> 骨 盤	<input type="checkbox"/> 骨 盤	
	<input type="checkbox"/> 脊 椎	<input type="checkbox"/> 脊 椎	
	<input type="checkbox"/> 上肢()	<input type="checkbox"/> 上肢()	
<input type="checkbox"/> 下肢()	<input type="checkbox"/> 下肢()		
読影結果	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	—
検査内容、検診日・時間についての要望		チェックリスト	
		心臓ペースメーカー	有 ・ 無
		体内埋込型除細動器	有 ・ 無
		体内金属	有 ・ 無
		妊娠(女性の場合)	有 ・ 無
検査目的 病名 既往歴 連絡事項			
検査は 年 月 日 時 分 からです。			
大町病院 使用欄	検査の直前の食事(午前中は朝食、午後は昼食)は抜いてください。水分の摂取は可能です。		
	検査当日は、この用紙を持参し、【20分前】までに大町病院受付にて受付をして下さい。		

医療法人社団青空会大町病院