

検査依頼書

焼津市立総合病院 様

次のとおり患者の検査を依頼します。

検査予約日時				
年	月	日	午前・午後	時 分

フリガナ	性別 (男・女)
患者氏名 _____	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日
患者住所 _____	電話番号 () _____

※CT検査、MRI検査については、単純撮影検査だけといたします。

※検査を依頼する該当番号、項目に○を付けてください。尚、「画像データ記録メディア選択」など、必要な項目にも○を付けてください。

<p><1> CT検査</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 頭部 2 頸部 3 脊椎 4 胸部 5 腹部 6 四肢 	<p><2> MRI検査</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 頭部 (ルーチン・内耳・眼窩) 2 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) 3 頸部 4 体幹部 (胸部・腹部・MRCP・骨盤部) 5 四肢 6 MRA (頭部・頸部) 7 VSRAD <アルツハイマー型認知症用> <p>※各 () 内は、一部位に○を付けてください。</p>
---	---

<3> **核医学検査** [骨 甲状腺(テクネチウム) 腫瘍(ガリウム) 腎(レノグラム) 脳血流(IMP)]

<4> **骨密度測定検査** (※RI検査、胃レントゲン等バリウム検査の後には、測定できないことがあります。)

<5> **乳腺X線撮影検査(マンモグラフィ)** (※乳腺画像データはCDのみです。)

● **読影レポート** [**不要**] (※この用紙は「読影不要」用です。)

● **画像データ記録メディア選択** [ビューア付DICOM CD ・ オリジナルDICOM CD (Mac・UNIX等) ・ ~~フィルム~~]

臨床症状、検査目的、その他検査上の具体的指示を記入してください。 << コメント欄 >>	※妊娠の可能性 有 ・ 無
	※体内金属チェック (MRI用) 有 ・ 無
	(有りの場合、具体的内容を記入してください)
_____ → 検査 可	

依頼日 年 月 日 依頼医 住所
 病院名
 医師名
 電話番号
 Fax番号