

病診連携 検査依頼書

病院名

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 (腰椎のみ) 身長 cm 体重 kg |
| <input type="checkbox"/> | 骨塩定量検査 (腰椎+股関節) 右股・左股・両股 身長 cm 体重 kg |
| <input type="checkbox"/> | X線撮影 (部位方向を記入) |
| <input type="checkbox"/> | CT 頭部単純 |

◎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"/> | テクネ甲状腺摂取率シンチ |
| <input type="checkbox"/> | 食道下咽頭造影 | <input type="checkbox"/> | 副甲状腺シンチ |
| <input type="checkbox"/> | 骨シンチ | <input type="checkbox"/> | 脳血流シンチ ECD (認知症) |
| <input type="checkbox"/> | Gaシンチ | <input type="checkbox"/> | ダットスキャン (RI) |
| <input type="checkbox"/> | 心臓交感神経シンチ (MIBG) | | |
| <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 *CTはオープン検査です |
| <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 *心臓 (冠動脈) CT・MRIは除く |
| <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・R 年 月 日 (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