

医療機器共同利用申込書 (検査依頼票)

紹介日： 年 月 日

紹介先 社会福祉法人 黎明会 南台病院 042-341-7111 042-341-6471 自動音声ガイダンス⑤をプッシュし、 放射線科までご連絡ください。	紹介元医療機関名 診療科 ご担当医師名 連絡先電話番号 内線
---	--

下記患者さんについて、医療機器共同利用を申し込みします。

フリガナ

氏名 生年月日 年 月 日 歳 男・女

電話番号 住所

検査希望日時	第1希望 月 日 時頃	第2希望 月 日 時頃
南台病院受診歴	有 ・ 無 (診察券番号:)	

妊娠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	※妊娠の場合CTは原則禁忌です
-----------	---	-----------------

	CT	X線単純撮影	骨密度
検査項目	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 部位 ()	<input type="checkbox"/> 腰椎・大腿骨 ※骨密度検査の結果は用紙のみとなります。
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 方向数 ()	
	<input type="checkbox"/> 上腹部 (肝胆膵)		
	<input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤部		
	<input type="checkbox"/> 骨盤部		
	<input type="checkbox"/> 脊椎 ()		
	<input type="checkbox"/> 上肢 ()		
	<input type="checkbox"/> 下肢 ()		

検査内容についての要望 (詳細部位、MPR再構成など)	注意事項 ※CTは原則1部位です。造影、3D再構成は不可となります。 ※骨密度検査において、手術されている場合は、腰椎のみ、もしくは大腿骨のみとなります。
-----------------------------	---

検査目的 病名 既往歴 注意事項 (必須)	
-----------------------------------	--

画像・読影レポート ※ <input checked="" type="checkbox"/> がない・後日郵送の場合は、 レターパック (有料) にてCD-R・レポートを送付致します。			
CD-R (画像データ)	<input type="checkbox"/> 持ちかえり <input type="checkbox"/> 後日郵送	読影レポート (CTのみ)	<input type="checkbox"/> 要 (FAX) <input type="checkbox"/> 要 (後日郵送) <input type="checkbox"/> 不要

備考欄

※ FAX番号のかけ間違いにはくれぐれもご注意ください。