

# 診療情報提供書兼検査依頼書

〒243-8571 神奈川県厚木市船子232番地

社会医療法人 社団 三思会

東名厚木病院

外来検査担当医 宛

お問い合わせは地域連携室までお願いします

TEL 046-229-3553(直通)

FAX 046-229-1779(直通)

年 月 日

紹介元

所在地

医療機関名

電話番号

FAX番号

依頼医師名

印

フリガナ	生年月日	年	月	日
患者名	年齢	性別		
住所	電話番号			

<検査目的と臨床情報・既往歴と処方歴>

注意事項: 妊娠 ありなし ペースメーカー ありなし アレルギー ありなし 体内金属 ありなし

<依頼検査(装置)選択>  を付けてください。部位は選択もしくは手書きでご記入ください。

放射線検査	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 脳動脈MRA <input type="checkbox"/> 他 ( )
			<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈MRA <input type="checkbox"/> 他 ( )
			<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 大血管 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 他 ( )
			<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 全般 <input type="checkbox"/> 注意臓器 ( ) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 他 ( )
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 婦人科系 <input type="checkbox"/> 泌尿器系 <input type="checkbox"/> 他 ( )	
		<input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 他 ( )	
		<input type="checkbox"/> 関節 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 他 ( )	
		<input type="checkbox"/> その他 ( )	

X線一般撮影 部位: ( )  マンモグラフィー  骨塩定量測定

※造影を希望する場合は、腎機能を添付して下さい。

※撮像方法……放射線科医師が依頼内容を見て、どのように撮像するか指示しています。

撮像方法に詳細希望がある場合は、その旨をお書き下さい。

可能な限り対応しますが、時間の関係などで制限される場合もあることをご了承下さい。

生理検査	<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波	<input type="checkbox"/> 四肢血管超音波	<input type="checkbox"/> 乳腺超音波	<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波	<input type="checkbox"/> 心臓超音波
	<input type="checkbox"/> 腹部超音波 ( )				
	心電図	<input type="checkbox"/> 安静	<input type="checkbox"/> 負荷	<input type="checkbox"/> ホルター心電図	
	脈波	<input type="checkbox"/> ABI	<input type="checkbox"/> TBI	<input type="checkbox"/> 皮膚灌流圧測定	
	呼吸機能	<input type="checkbox"/> 安静	<input type="checkbox"/> 負荷	<input type="checkbox"/> 聴力	
神経伝導検査	<input type="checkbox"/> MCV	<input type="checkbox"/> SCV	<input type="checkbox"/> 脳波		
脳誘発電位	<input type="checkbox"/> ABR	<input type="checkbox"/> SEP	<input type="checkbox"/> その他 精液一般検査		

※臨床検査技師から検査の内容を確認させて頂くことがあります。

※読影所見は後日お届けします。フィルム送付方法を下表に記入して下さい。

	フィルム	CD	クラウド
当日			
後日			

検査予約日時 年 月 日

予約受付担当

<備考>