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

□MRI / □CT　・　□単純 / □造影

頭部	□脳 □内耳 □副鼻腔 □脳動脈MRA □その他 ( )
頸部	□甲状腺 □頸動脈MRA □その他 ( )
胸部	□肺 □縦隔 □大血管 □乳腺 □冠動脈 □その他 ( )
腹部	□腹部全般 □注意臓器 _____ □MRCP □その他 ( )
骨盤	□婦人科系 □泌尿器系 □その他 ( )
脊椎	□頸椎 □胸椎 □腰椎 □その他 ( )
関節	□膝 □肩 □股 □その他 ( )
その他	□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

□頸動脈超音波 □四肢血管超音波 □乳腺超音波 □甲状腺超音波 □心臓超音波
□腹部超音波 (□胆 □肝 □膵 □腎 □脾 □膀胱 □その他( )

心電図	□安静	□負荷	□ホルター心電図
脈波	□ABI	□TBI	□皮膚潅流圧測定
呼吸機能	□安静	□負荷	□聴力
神経伝導検査	□MCV	□SCV	□脳波
脳誘発電位	□ABR	□SEP	□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〉