

# 診療情報提供書 (検査依頼票)

平成 年 月 日

FAX用および貴院控え

患者氏名		様
生年月日	性別	
大正・昭和・平成 年 月 日	男・女	
電話番号 (日中連絡のとれる番号)		
住所		

紹介元医療機関名の所在地及び名称
診療科名
ご担当医師名
電話番号

検査予約日時 (貴院からのご予約)			
月	日	午前 午後	時 分より

貴院次回診察日	
未定	月 日 午前・午後

検査区分
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT
<input type="checkbox"/> マンモグラフィ
<input type="checkbox"/> 骨密度測定 (DXA法)

検査目的・既往歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方

検査内容
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部
<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤
<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部
<input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 (右・左)
<input type="checkbox"/> 肩関節 (右・左)
<input type="checkbox"/> 手関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 手 (右・左)
<input type="checkbox"/> 足関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 足 (右・左)
<input type="checkbox"/> その他

下記事項のチェックをお願いいたします。有の場合、検査を受けられない場合があります。

CT	●妊娠中または妊娠の可能性がある	有・無	有の場合、検査はできません。
MRI	●体内金属 (心臓ペースメーカー、人工内耳、脳動脈クリップ)	有・無	有の場合、検査はできません。
	●歯科用磁気アタッチメント	有・無	有の場合、かかりつけ歯科に確認してください
	●刺青、アートメイク	有・無	有の場合、検査ができないことがある。応相談
	●整形外科手術の体内金属 (人工関節など)	有・無	有の場合、検査ができないことがある。応相談
マンモグラフィー	●豊胸手術をしている	有・無	有の場合、検査はできません。
	●心臓ペースメーカー装着者	有・無	有の場合、検査はできません。

CD-R	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
------	--

## うつぶえ画像診断センター

医療法人社団 山中胃腸科病院

〒510-0958 三重県四日市市小古曽3丁目5-33

地域医療連携室専用電話 : 059-347-1018

FAX : 059-346-5865