



依頼日 西暦 年 月 日

|                               |                   |         |      |      |      |
|-------------------------------|-------------------|---------|------|------|------|
| 患者ID                          |                   | 診 察     | 要・不要 | 記録媒体 | 要・不要 |
| 希望日1                          | 西暦 年 月 日 時 分 ( )  |         |      |      |      |
| 希望日2                          | 西暦 年 月 日 時 分 ( )  |         |      |      |      |
| 希望日3                          | 西暦 年 月 日 時 分 ( )  |         |      |      |      |
| ① 依頼施設名                       |                   | ② 依頼診療科 |      |      |      |
| ③ 傷病名                         |                   | ④ 依頼医師名 |      |      |      |
| ⑤ 患者氏名<br><small>ふりがな</small> | □男 □女 生年月日 年 月 日生 |         |      |      |      |

|          |      |                 |             |
|----------|------|-----------------|-------------|
| ⑥ 共通確認事項 | 確認事項 | ペースメーカー (□無 □有) | 妊 娠 (□無 □有) |
|          |      | 手 術 歴 (□無 □有)   | 入 墨 (□無 □有) |
|          |      | 体内金属 (□無 □有)    | 体 重 ( ) kg  |

|           |                             |                              |  |
|-----------|-----------------------------|------------------------------|--|
| ⑦ C T 検 査 | 撮影方法                        | <input type="checkbox"/> 単純  | <input type="checkbox"/> 造影                              |
|           | アレルギー                       | <input type="checkbox"/> 無し  | <input type="checkbox"/> 有り ( )                          |
|           | 撮影部位                        | 詳細にチェックして下さい                 |  |
|           | (頭 部)                       | <input type="checkbox"/> 脳   | <input type="checkbox"/> 小脳 <input type="checkbox"/> 骨条件 |
|           | (胸 部)                       | <input type="checkbox"/> 肺野  | <input type="checkbox"/> 縦隔                              |
|           | (腹 部)                       | <input type="checkbox"/> 肝~腎 | <input type="checkbox"/> 腎~膀胱                            |
|           | (骨盤部)                       | <input type="checkbox"/> 軟部  | <input type="checkbox"/> 骨条件                             |
|           | (脊 椎)                       | <input type="checkbox"/> 頸椎  | <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎  |
|           | (その他)                       | <input type="checkbox"/> ( ) |  |
| 所見希望      | <input type="checkbox"/> する | <input type="checkbox"/> しない |  |

|             |       |   |   |
|-------------|-------|---|---|
| ⑧ M R I 検 査 | 撮影方法  | <input type="checkbox"/> 単純   | <input type="checkbox"/> 造影 ( )   |
|             | アレルギー | <input type="checkbox"/> 無し   | <input type="checkbox"/> 有り ( )   |
|             | 撮影部位  | 詳細にチェックして下さい  |   |
|             | (頭 部) | <input type="checkbox"/> 脳  | <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> ( )   |
|             | (脊 椎) | <input type="checkbox"/> 頸椎   | <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> ( )                        |
|             | (腹 部) | <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 腎臓                 | <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> ( )                      |
|             | (骨盤部) | <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣                | <input type="checkbox"/> ( )  |
|             | (関 節) | <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 足                     | <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L |
|             | (その他) | <input type="checkbox"/> ( )  |   |
|             | 断層方向  | <input type="checkbox"/> ルーチン <input type="checkbox"/> Axial <input type="checkbox"/> Sagittal <input type="checkbox"/> Coronal | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |
|             | 所見希望  | <input type="checkbox"/> する   | <input type="checkbox"/> しない  |

|         |  |
|---------|--|
| ⑨ 備 考 欄 |  |
|---------|--|

予約日時の変更や、検査時間までにご来院できない場合は、遠慮なくご連絡ください。

平日 8:30~20:00 【地域医療連携部】【電話】072-809-0013 【FAX】072-809-0022