

検査申込書 兼 診療情報提供書

(ふりがな)

(1) 患者氏名： _____ 性別： 男 女

住 所： _____

生年月日： 胎 疋 週 歳 年 月 日 年 齢： _____ 歳

(2) 検査項目及び検査部位 (該当するものにチェックを付けてください)

| 検査項目 | 検査部位 |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CT <読影> <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) [_____] |
| <input type="checkbox"/> MRI <読影> <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> MRA (<input type="checkbox"/> 頭部・ <input type="checkbox"/> 頸部) <input type="checkbox"/> 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎・ <input type="checkbox"/> 胸椎・ <input type="checkbox"/> 腰椎) <input type="checkbox"/> 四肢 [_____] <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) [_____] ※MRI検査希望の方は、別紙「MRI検査問診票」もご記入ください。 |
| <input type="checkbox"/> 骨密度 | <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨 |
| <input type="checkbox"/> 心臓超音波 | |
| <input type="checkbox"/> 腹部超音波 | <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) [_____] |
| <input type="checkbox"/> 血管超音波 | <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 腹部大動脈 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 (<input type="checkbox"/> 右下肢・ <input type="checkbox"/> 左下肢・ <input type="checkbox"/> 両下肢) <input type="checkbox"/> 下肢動脈 (<input type="checkbox"/> 右下肢・ <input type="checkbox"/> 左下肢・ <input type="checkbox"/> 両下肢) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) [_____] |
| <input type="checkbox"/> 表在超音波 | <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に) [_____] |

(3) 臨床診断と検査目的

| | |
|--------------|--|
| 診断名 (※必須) | |
| 検査目的 | |

本紙を東取手病院 (FAX : 0297-72-5676) へご送信ください。