

# —放射線科/オープン検査依頼表—

年 月 日

貴院名： \_\_\_\_\_ 貴主治医名： \_\_\_\_\_ 先生

患者様名： \_\_\_\_\_ 様 性別： 男性・女性

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

## 【依頼検査】

		検査種類	検査部位
<input type="checkbox"/>	①	CT	
<input type="checkbox"/>	②	MRI	
<input type="checkbox"/>	③	骨塩定量測定	<input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨頸部

○貴診断名（『疑い』を含みます）・臨床所見

※その他、検査に際し指示があればご記入下さい。

○画像データ（CD）お渡し方法 ※下記 1.2 お選びください。

1.ご郵送 ・ 2.当日患者様に手渡し

## ＝患者様情報＝

検査を適切に行うため、また安全確認の一環としまして、ご理解とご記入をお願い致します。

(1) 異常 data 等の有無。

・骨密度測定に関して、骨折の既往（あり・なし） - 腰椎および股関節

(2) 体内異物

埋め込み型ペースメーカー・除細動器  脳動脈クリップ

体内金属（ \_\_\_\_\_ ）