



IMSグループ

イムス札幌消化器中央総合病院 地域医療連携室 宛

〒063-0842 札幌市西区八軒2条西1丁目1-1

TEL:011-555-2770(直通)

FAX:011-640-3256(直通)

## 放射線検査依頼票（兼診療情報提供書）（撮像記録）

フリカナ			
患者様名	様		
生年月日	T·S·H	年	月 日 (男、女)
住 所			
電話番号			
身長・体重	c m	k g	
検査希望日	第 1	令和 年 月 日	
	第 2	令和 年 月 日	

検査日	令和 年 月 日		
検査時間	午前	時 分	
	午後		
御依頼医療機関名	御依頼医師名（サイン又は捺印）		
	印		
検査担当医療機関	イムス札幌消化器中央総合病院		

※太枠内はすべてご記入ください。この用紙は検査当日、原本を当院へお持ちください。  
※不安なことがありましたらお気軽に放射線科の方へお尋ねください

検査項目	□骨密度検査	□腰椎+左大腿骨頸部
		□腰椎+右大腿骨頸部
読影	□MMG（マンモグラフィー）検査	□腰椎のみ 2D (CC+MLO)
	骨密度検査	解析結果のみ郵送
検査結果の渡し方	MMG（マンモグラフィー）検査	CD-R+読影結果を郵送
	当日・翌日以降	MMGの読影結果は後日となります

以下確認事項			
骨密度検査	腰椎・大腿骨に骨折はありませんか	無・有	※有の場合検査不可の場合がございます
	直近のバリウム検査	無・有	※有の場合検査不可の場合がございます
	植込型除細動器 (ICD・CRT-D)	無・有	※腹部にある場合検査不可となります
	妊娠中ではありませんか	無・有	
	透析を受けていますか	無・有	
MMG検査	「マンモグラフィー検査問診表」・「マンモグラフィーへの説明書・同意書」へのご記載もお願いいたします		
感染症	有・無	有の場合→( )	

検査依頼目的：臨床診断：既往歴・その他：