

御依頼医療機関名	イムス三芳クリニック	医師名	三芳 一郎
代表電話番号	049-●●●●-●●●●	緊急連絡先(必須・携帯等)	080-●●●●●●-●●●●●●

検査日時 ※予約した日時をご記入ください 2024年 11月 15日 10時 00分より	患者様情報記入欄		
	フリガナ	サイタマ ハナコ	性別
	患者情報	埼玉 花子	男・ <b>女</b>
	生年月日	T <b>S</b> H・R 20年 4月 1日	79歳

検査項目記入欄 (該当部位を○で囲んでください)

C T			M R I		
単純		造影	単純		造影
頭部	ルーチン・顔面骨・副鼻腔・側頭骨		頭部	MRI・MRA VSRAD	
頸部	頸部・歯科用インプラント術前		頸部	MRI・MRA・頸部プラークイメージ	
胸部	肺野・縦隔・大動脈・冠動脈		胸部	心臓・縦隔・乳房・大動脈	
腹部	上腹部・肝・胆・膵・脾・腎		腹部	MRCP・MRU・肝・胆・膵・脾・腎	
骨盤腔	膀胱・前立腺・子宮・卵巣		骨盤腔	膀胱・前立腺・子宮・卵巣・DWIBS	
上肢	右・左	肩・上腕・肘・前腕・手関節・手	上肢	右・左	肩・上腕・肘・前腕・手関節・手
下肢	右・左	股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足	下肢	右・左	股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足
		下肢血管			
脊椎	頸椎・胸椎・腰椎		脊椎	頸椎・胸椎・腰椎・全脊椎 Sag	

<依頼目的> ※上記にない部位や特別な指示については、こちらにご記入をお願い致します。(Dynamic 等)

(例)脳動脈瘤疑い

撮影部位が明確にわかる情報のご記載をお願いいたします

◆読影をする際に必要な情報はできるだけご記入下さい。

下記チェック項目に記載が無い場合、他検査を勧める場合があります。ご協力お願いします。

腎機能低下にて造影不可  体内金属あり ( )  実施済み検査 (CT・MRI・US・内視鏡)

画像出力方法はCD・DVDのみとなります	読影の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
----------------------	-------	--

※通常は患者様に画像をお渡し、読影報告書は後日 FAX にてご報告となります (出来次第)

上記以外の発送をご希望の方は右にチェックを入れて下さい。  画像と読影報告書をまとめて郵送  読影報告書は郵送

※冠動脈 CT ではミオコールスプレー、MRCP ではボースデル (経口造影剤) を使用する場合があります。造影検査の場合は、別途『造影剤を使用した検査に関する説明書』もご記入下さい。

※検査のご依頼は [TEL: 049-274-7015](tel:049-274-7015) 地域医療連携室へお電話ください。放射線科へおつなぎいたします。

FAX送信後、原本は患者様にお渡し頂き、当日当院へ持参して下さいますよう、お伝え下さい。  
また、貴院にて一部控えをご用意頂き、検査終了まで保管をお願いいたします。

<本状の送信先FAX番号> イムス三芳総合病院 地域医療連携室 ※検査前日までに送信をお願いいたします。

御依頼医療機関名	イムス三芳クリニック	医師名	三芳 一郎
代表電話番号	049-●●●●-●●●●	緊急連絡先(必須・携帯等)	080-●●●●-●●●●

検査日時 2024年 11月 20日 10時 00分より	患者様情報記入欄		
	フリガナ	さいたま はなこ	性別
	患者情報	埼玉 花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	生年月日	M・T・ <input checked="" type="radio"/> S・H・R 10年 4月 1日	83 歳

検査項目記入欄 (該当項目及び部位を○で囲んでください)						
超音波	腹部	MCV	正中	右・左・両側	心電図	12誘導
	心臓		尺骨	右・左・両側		24hホルター
	頸動脈		脛骨	右・左・両側	肺機能	VC
	甲状腺		腓骨	右・左・両側		FVC
	乳腺	SCV	正中	右・左・両側	PWV	ABI
	その他表在		尺骨	右・左・両側		TBI
	下肢DVT		浅腓骨	右・左・両側	脳波	
	下肢DVT・Varix		腓腹	右・左・両側	聴力	
	下肢動脈				重心動揺	
	腎動脈	ODテスト			血圧ホルター	

&lt;検査目的&gt;

&lt;臨床診断・既往歴&gt;

&lt;主症状・コメント&gt;

情報のご記載をお願いいたします

当日返却の場合に  
チェックを

その他 ※ 検査結果を「当日返却」で希望される場合は☑を入れてください

 当日返却

※検査の詳細内容は予約時に検査科スタッフよりご説明いたします。

※検査のご依頼は [TEL:049-274-7015](tel:049-274-7015) 地域医療連携室へお電話ください。検査科へおつなぎいたします。

FAX送信後、原本は患者様にお渡し頂き、当日当院へ持参して下さいますよう、お伝え下さい。

また、貴院にて一部控えをご用意頂き、検査終了まで保管をお願いいたします。

&lt;本状の送信先FAX番号&gt; イムス三芳総合病院 地域医療連携室 ※検査前日までに送信をお願いいたします。