

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 2018年 4月 15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 (該当部位を○で囲んでください)			
C T		M R I	
単純	造影	<input checked="" type="radio"/> 単純	造影
頭部	ルーチン・顔面骨・副鼻腔・側頭骨	頭部	MRI・ <input checked="" type="radio"/> MRA
頸部	頸部・歯科用インプラント術前	頸部	MRI・MRA
胸部	肺野・縦隔・大動脈・冠動脈	胸部	心臓
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
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
脊椎	頸椎・胸椎・腰椎	脊椎	頸椎・胸椎・腰椎

<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

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ではフェリセルツ(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。

保険番号		前期高齢者医療費保険者	割
被保険者証 記号・番号		後期高齢者医療費保険者	割
被保険者氏名		労災	
資格取得日		交通事故	
		生活保護	
		生活保護	
		母子・父子	

情報のご記載をお願いいたします

※記入に代えて保険証の写しをFAX送信いただいても結構です

※ 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。

 049-274-7016

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 2018年 4月 10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・ 女
	生年月日	M・T・ 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	SCV	脛骨	右・左・両側	肺機能	VC	
	甲状腺		腓骨	右・左・両側		FVC	
	乳腺				右・左・両側	PWV	ABI
	その他表在		正中	右・左・両側	TBI		
	下肢DVT		尺骨	右・左・両側	脳波		
	下肢DVT・Varix		浅腓骨	右・左・両側	聴力		
	下肢動脈		腓腹	右・左・両側	重心動揺		
	腎動脈			右・左・両側	血圧ホルター		

<検査目的>

<臨床診断・既往歴>

<主症状・コメント>

情報のご記載をお願いいたします

※ 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

当日返却の場合にチェックを

※検査の詳しい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。

保険番号		前期高齢者医療費保険者	割
被保険者証 記号・番号		後期高齢者医療費保険者	割
被保険者氏名		労災	
資格取得日		交通事故	
公費負担者番号		生活保護	
公費負担医療費の受給者番号		母子・父子	

情報のご記載をお願いいたします

※記入に代えて保険証の写しをFAX送信いただいても結構です

※ 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せよう、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。