

# —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・令和 \_\_\_\_\_ 年 月 日

## 【検査予定：日時】

検査日： \_\_\_\_\_ 年 月 日 AM・PM \_\_\_\_\_ 時 分

## 【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"/> 腰椎のみ <input type="checkbox"/> 大腿骨頸部のみ

- 診断名（『疑い』を含みます）・臨床所見 \*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＝

- 検査を適切かつ安全に施行するため、ご理解とご記入をお願い致します。

・異常 data 等の有無 ( \_\_\_\_\_ )

・体内異物

埋め込み型ペースメーカ・除細動器  脳動脈クリップ

体内金属 ( \_\_\_\_\_ )

・骨密度測定に関して・・・腰椎および股関節骨折の既往 ( あり ・ なし )

〈イムス東京葛飾総合病院 放射線科〉