

診療情報提供書

(画像検査依頼専用)

医療法人社団彩優会 栗橋病院 宛

検査依頼日	年	月	日 ()
予約日時	年	月	日 ()
	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	時 分

医療機関名	
TEL	
FAX	
医師名	(印)

フリガナ	<input type="checkbox"/> 男	生年 月日	<input type="checkbox"/> 西暦	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	
患者氏名	<input type="checkbox"/> 女		年	月	日	歳		
住所					TEL			
身長 体重	cm	kg	保険 情報	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 社保	<input type="checkbox"/> 労災	<input type="checkbox"/> 自賠	保険 会社 ()

ご希望の検査に☑ 1検査1部位のご依頼でお願いいたします。 MRIとCTは単純撮影のみとなります。

MRI 検査	<input type="checkbox"/> 脳+MRA	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	追加撮像	<input type="checkbox"/> Ax (水平断)
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 肝胆膵系 (MRCP)			<input type="checkbox"/> Sg (矢状断)
	<input type="checkbox"/> 頸部MRA	<input type="checkbox"/> 腎臓			<input type="checkbox"/> Co (冠状断)
	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肩関節 (□右・□左)	<input type="checkbox"/> 股関節 (□右・□左)	追加画像処理	<input type="checkbox"/> 3D
	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 上肢 (□右・□左)			<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部	(上肢の部位:)			
	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 下肢 (□右・□左)			
	<input type="checkbox"/> 全脊椎圧迫骨折検索	(下肢の部位:)			
CT 検査	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 上腹部	追加画像処理	<input type="checkbox"/> Sg (矢状断)
	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 上腹部~骨盤部		<input type="checkbox"/> Co (冠状断)
	<input type="checkbox"/> 側頭骨 (聴器)	<input type="checkbox"/> 胸部~骨盤部	<input type="checkbox"/> 骨盤部		<input type="checkbox"/> 3D
	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肩関節 (□右・□左)	<input type="checkbox"/> 股関節 (□右・□左)	追加画像処理	<input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 上肢 (□右・□左)			
	<input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部	(上肢の部位:)			
	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 下肢 (□右・□左)			
		(下肢の部位:)			
測定 骨密度 検査	<input type="checkbox"/> 腰椎正面 + 両股関節	(手術等で体内に金属を入れている場合は、該当部位の検査はできません。)			
	<input type="checkbox"/> 前腕	(腰椎、両股関節すべてに体内金属がある場合)			

臨床症状、検査目的

(症状や疑われる疾患、検査に際して検査に対して留意すべき事があれば、ご記入下さい)

手術歴 有 ()
 無

注意) ・妊娠中の方、妊娠の可能性のある方の検査はできません。
・1週間以内に胃・腸のバリウム検査をされた方は検査ができません。

医療法人社団 彩優会 栗橋病院

放射線科直通

TEL 0480-53-8433

電話受付時間

月~土曜日

9:00~17:00

FAX 0480-53-8551

代表

TEL 0480-53-8686