

画像診断検査依頼書

フリガナ 患者氏名		紹介元 医療機関	名称
生年月日	年 月 日 (才)		所在地 〒
性別	男 ・ 女		電話番号 (- -)
連絡先	- - (日中連絡の取れる電話番号)		ご担当医師名 印

神奈川県ハビリテーション病院への来院歴 無 ・ 有 (診察券番号:)

予約日時	月 日 時 分	身長	体重
		cm	kg

※単純撮影のみ検査依頼を受け付けております。

依頼検査	C T	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部・骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎() <input type="checkbox"/> その他()
	MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脊椎() <input type="checkbox"/> 関節() <input type="checkbox"/> その他()
	核医学	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ <input type="checkbox"/> その他()
	骨密度	<input type="checkbox"/> 腰椎・両大腿DEXA法
	目的	※具体的な依頼内容・検査目的をできるだけ詳しくご記入ください
合併症および既往歴		
病状および治療経過		
妊娠中・妊娠の可能性	無 ・ 有 (有の場合、検査不可)	

MRI検査の確認事項	MRIを依頼される場合は、下記事項のチェックをお願いします。(必須)
● 心臓ペースメーカー・除細動器・人工内耳中耳・神経刺激装置	無 ・ 有 ※有の場合、検査不可
● 体内金属(動脈クリップ、ステント、人工関節、固定プレート等) 具体的に []	無 ・ 有 <input type="checkbox"/> 患者同意済み
● イレズミ・アートメイクなど(部位により火傷・変色の可能性あり)	無 ・ 有 <input type="checkbox"/> 患者同意済み
● 閉所恐怖症	無 ・ 有 <input type="checkbox"/> 患者同意済み
※体内金属がある患者様のMRI実施については、あらかじめ患者様の同意を得てから依頼してください。 同意を得ていない場合、部位によっては検査ができない可能性がありますのでご了承ください。	

通信欄
