

MRI・CT・骨密度測定 検査申込書・診療情報提供書

様 検査日時 R 年 月 日() 時 分に予約しました。

太枠内の必要事項を記入の上、済生会湘南平塚病院 検査予約窓口FAX 0463-71-6185(直通)あてにご返送ください。

①患者情報

フリガナ				生年月日	
患者氏名		□男 · □女	□M □T □S □H		
			年	月	日
電話	()	身長	cm	体重	kg
病名					
検査目的 主訴など (図示も可)					

②希望する検査と、その検査に関わる項目のチェックをお願いします

<input type="checkbox"/> 骨密度測定検査(DEXA法) ※検査部位 腰椎+大腿骨			
股関節に金属の埋め込み	□有 · □無	妊娠の可能性	□有 · □無

<input type="checkbox"/> CT検査 ※単純撮影のみ 画像の提供方法はCD-Rとなります			
妊娠の可能性	□有 · □無		

<input type="checkbox"/> MRI検査 ※単純撮影のみ 画像の提供方法はCD-Rとなります			
ペースメーカー・人工内耳	□有 · □無	閉所恐怖症	□有 · □無
脳動脈クリップ	□有 · □無	入れ墨(アトメイク含)・義眼・ジェルネイル	□有 · □無
人工関節などの金属の埋め込み	□有 · □無	保護者の同伴※未成年の場合	□有 · □無
妊娠の可能性	□有 · □無		

③CT検査・MRI検査の場合のみご記入ください

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部
	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙尾骨
	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 上肢()		<input type="checkbox"/> 下肢()
	<input type="checkbox"/> 術前歯科インプラント	<input type="checkbox"/> その他()		

④紹介元情報

医療機関名			
住所			
電話番号			
FAX番号			
	医師名	Ⓜ	