

# 検査依頼書(CT) 兼 診療情報提供書

依頼元機関名

依頼医師名

予約日時 年 月 日 ( 曜日 ) 午前・午後 時 分

|              |        |      |               |
|--------------|--------|------|---------------|
| フリガナ         |        |      |               |
| 患者氏名         | 様(男・女) | 生年月日 | M・T・S・H 年 月 日 |
| 住所           | 〒      |      |               |
| TEL(当日繋がる番号) |        |      |               |

## 部位

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 頭部 ( )  | <input type="checkbox"/> 骨盤腔 ( )       |
| <input type="checkbox"/> 頸部 ( )  | <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) |
| <input type="checkbox"/> 胸部 ( )  | <input type="checkbox"/> 上肢 (R・L)      |
| <input type="checkbox"/> 腹部 ( )  | <input type="checkbox"/> 下肢 (R・L)      |
| <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |

傷病名・症状経過・検査目的

撮影条件等

## チェックリスト

|                      |     |
|----------------------|-----|
| ●妊娠                  | 有・無 |
| ●心臓ペースメーカー(メトロニック社製) | 有・無 |
| ●体内埋込型除細動器(全メーカー)    | 有・無 |

検査結果

CD-R

フィルム

大原総合病院 画像診断センター

TEL 024-526-0378

FAX 024-526-0363

# 検査依頼書(MRI) 兼 診療情報提供書

|  |  |                                     |   |   |       |                                     |     |
|--|--|-------------------------------------|---|---|-------|-------------------------------------|-----|
| 依頼元機関名   |  |                                     |   | 依頼医師名                                       |       |                                     |     |
| 予約日時   |  | 年                                   | 月 | 日( 曜日)                                      | 午前・午後 |                                     | 時 分 |
| フリガナ   |  |                                     |   |   |       |                                     |     |
| 患者氏名   |  | 様(男・女)                              |   | 生年月日 M・T・S・H                                |       | 年 月 日                               |     |
| 住所 〒   |  |                                     |   |   |       |                                     |     |
| TEL(当日繋がる番号)   |  |                                     |   |   |       |                                     |     |
| <b>部位</b>  |  |                                     |   |   |       |                                     |     |
| <input type="checkbox"/> 頭部 ( )  |  | <input type="checkbox"/> 頸部 ( )     |   | <input type="checkbox"/> MRA ( 頭部・頸部 )      |       | <input type="checkbox"/> 腹部 ( )     |     |
| <input type="checkbox"/> 骨盤腔 ( )   |  | <input type="checkbox"/> 関節 ( R・L ) |   | <input type="checkbox"/> 脊椎 ( 頸椎・胸椎・腰椎 )    |       | <input type="checkbox"/> 上肢 ( R・L ) |     |
| <input type="checkbox"/> その他( )  |  |                                     |   |   |       |                                     |     |
| 傷病名・症状経過・検査目的  |  |                                     |   |   |       |                                     |     |
| 撮影条件等  |  |                                     |   |   |       |                                     |     |
| チェックリスト(体内磁性体の有無など)  |  |                                     |   |   |       |                                     |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> 人工心臓弁  |  | 有・無                                 |   | <input checked="" type="checkbox"/> 針治療の針   |       | 有・無                                 |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> ペースメーカー  |  | 有・無                                 |   | <input checked="" type="checkbox"/> 義手・義足   |       | 有・無                                 |     |
| <b>有の場合は検査実施不可</b>   |  |                                     |   | <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠      |       | 有・無                                 |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> 人工関節   |  | 有・無                                 |   | <input checked="" type="checkbox"/> 固定用プレート |       | 有・無                                 |     |
| <input checked="" type="checkbox"/> 手術用クリップ  |  | 有・無                                 |   | <input checked="" type="checkbox"/> その他( )  |       |                                     |     |
| <p style="color: red; margin: 0;">※体内金属有の場合は材質確認してください</p> <p style="color: red; margin: 0;">※30分間狭い空間で静止できない場合は、検査を中止することがあります。</p> |  |                                     |   |   |       |                                     |     |
| 検査結果   |  |                                     |   | <input type="checkbox"/> CD-R               |       | <input type="checkbox"/> フィルム       |     |

大原総合病院 画像診断センター

TEL 024-526-0378

FAX 024-526-0363

# 検査依頼書(骨密度測定)

兼 診療情報提供書

依頼元機関名

依頼医師名

予約日時 年 月 日(曜日) 午前・午後 時 分

|              |        |      |               |
|--------------|--------|------|---------------|
| フリガナ         |        |      |               |
| 患者氏名         | 様(男・女) | 生年月日 | M・T・S・H 年 月 日 |
| 住所 〒         |        |      |               |
| TEL(当日繋がる番号) |        |      |               |

## 検査部位

- 腰椎・大腿骨(右・左)  
 腰椎のみ  
 大腿骨(右・左)のみ

傷病名・症状経過・検査目的等

| チェックリスト |     |     |
|---------|-----|-----|
| ● 妊娠    |     | 有・無 |
| ● 体内金属  | 腰椎  | 有・無 |
|         | 大腿骨 | 有・無 |

※仰向けで静止してられない場合、検査を中止することがあります。

大原総合病院 画像診断センター

TEL 024-526-0378

FAX 024-526-0363

# 検査依頼書(乳房X線撮影) 兼 診療情報提供書

|   |  |                               |                               |
|---|--|-------------------------------|-------------------------------|
| 依頼元機関名                                    |  | 依頼医師名                         |                               |
| 予約日時                                      |  | 年 月 日( 曜日)                    | 午前・午後 時 分                     |
| フリガナ                                      |  |                               |                               |
| 患者氏名                                      | 様(男・女)                                 | 生年月日                          | M・T・S・H 年 月 日                 |
| 住所 〒                                      |  |                               |                               |
| TEL(当日繋がる番号)                              |  |                               |                               |
| <b>部位</b>                                 |  |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> 左右両方 2方向(CC・MLO) | <input type="checkbox"/> 左右両方 1方向(MLO) |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> 左のみ 2方向(CC・MLO)  | <input type="checkbox"/> 左のみ 1方向(MLO)  |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> 右のみ 2方向(CC・MLO)  | <input type="checkbox"/> 右のみ 1方向(MLO)  |                               |                               |
| 傷病名・症状経過・検査目的等                            |  |                               |                               |
| 下記対象の方はマンモグラフィー検査を受けられません                 |  |                               |                               |
| ●心臓ペースメーカーを植え込んでいる方                       |  |                               |                               |
| ●IVHポートを植え込んでいる方                          |  |                               |                               |
| ●脳ドレナージを挿入している方                           |  |                               |                               |
| ●妊娠中の方                                    |  |                               |                               |
| ●授乳中の方                                    |  |                               |                               |
| ●豊胸手術を施行されている方                            |  |                               |                               |
| ●その他、異物を体内に挿入されている方                       |  |                               |                               |
| 検査結果                                      |  | <input type="checkbox"/> CD-R | <input type="checkbox"/> フィルム |

大原総合病院 画像診断センター

TEL 024-526-0378

FAX 024-526-0363