

検査依頼書(CT)

兼 診療情報提供書

※ 太枠内記入してください

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	T・S・H・R 年 月 日
旧姓() 受診歴(あり・なし)			
住所 〒			
TEL(当日繋がる番号)			
部位			
<input type="checkbox"/> 頭部 ()	<input type="checkbox"/> 頸部 ()	<input type="checkbox"/> 胸部 ()	<input type="checkbox"/> 腹部 ()
<input type="checkbox"/> 骨盤腔 ()	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎)	<input type="checkbox"/> 上肢 (R・L)	<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			
<input checked="" type="checkbox"/> 妊娠		無	有
<input checked="" type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー(メドトロニック社製)		無	有
<input checked="" type="checkbox"/> 体内埋込型除細動器(全メーカー)		無	有
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 (内線)1153

FAX 024-526-0363

2024/1/1

検査依頼書(MRI) 兼 診療情報提供書

※ 太枠内記入してください

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 T・S・H・R	年 月 日
旧姓() 受診歴(あり・なし)			
住所 〒			
TEL(当日繋がる番号)			
撮影機種			
<input type="checkbox"/> 1.5テスラ <input type="checkbox"/> 3.0テスラ			
部位			
<input type="checkbox"/> 頭部 ()		<input type="checkbox"/> 関節 (R・L)	
<input type="checkbox"/> 頸部 ()		<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎)	
<input type="checkbox"/> MRA (頭部・頸部)		<input type="checkbox"/> 上肢 (R・L)	
<input type="checkbox"/> 腹部 ()		<input type="checkbox"/> 下肢 (R・L)	
<input type="checkbox"/> 骨盤腔 ()		<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)			
●心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器等の有無		無	有(原則禁忌)
●体内に人工内耳、神経刺激装置、脊髄刺激装置等有無		無	有(原則禁忌)
●手術や外傷などによる体内金属の有無		無	有
『有り』の場合、具体的に教えてください()			
●入れ墨、アートメイク等有無		無	有
●女性の方で妊娠の可能性		無	有
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 (内線)1153

FAX 024-526-0363

検査依頼書(乳房X線撮影)

兼 診療情報提供書

※ 太枠内のみ記入してください

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	T・S・H・R 年 月 日
旧姓 ()	受診歴 (あり ・ なし)		
住所 〒			
TEL (当日繋がる番号)			
部位			
<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			
<input checked="" type="checkbox"/> 心臓ペースメーカーを植え込んでいる方			
<input checked="" type="checkbox"/> IVHポートを植え込んでいる方			
<input checked="" type="checkbox"/> 脳ドレナージを挿入している方			
<input checked="" type="checkbox"/> 妊娠中の方			
<input checked="" type="checkbox"/> 授乳中の方			
<input checked="" type="checkbox"/> 豊胸手術を施行されている方			
<input checked="" type="checkbox"/> 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 (内線)1153

FAX 024-526-0363

検査依頼書(骨密度測定)

兼 診療情報提供書

※ 太枠内記入してください

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 T・S・H・R 年 月 日

旧姓() 受診歴(あり・なし)

住所 〒

TEL(当日繋がる番号)

チェックリスト

● 女性の方で妊娠の可能性		無	有
● 安静を確保できない可能性		無	有
● 体内金属	腰椎	無	有
	大腿骨	無	有

傷病名・症状経過・検査目的等

検査部位

- 腰椎・大腿骨(右・左)
 腰椎のみ
 大腿骨(右・左)

大原総合病院 画像診断センター

TEL 024-526-0378 (内線)1153

FAX 024-526-0363