

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"/> 頸部 ()	<input type="checkbox"/> 胸部 ()	<input type="checkbox"/> 腹部 ()	<input type="checkbox"/> 骨盤腔 ()
<input type="checkbox"/> 胸部 ()	<input type="checkbox"/> 腹部 ()	<input type="checkbox"/> 骨盤腔 ()	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 腹部 ()	<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			
<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

2025/10/1

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			
※椎間板ヘルニアや脊柱管狭窄症によるMRI撮影をご依頼される時に、その後、当院にご紹介される可能性がある場合は、3.0テスラでご指示いただきますようお願い申し上げます。			
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			
●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 (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		生年月日 T・S・H・R 年 月 日					
患者氏名 様(男・女)							
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							
<input type="checkbox"/> 腰椎・大腿骨(右・左)							
<input type="checkbox"/> 腰椎のみ							
<input type="checkbox"/> 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