

〒523-0082 滋賀県近江八幡市土田町1379

Omihachiman Community Medical Center

近江八幡市立総合医療センター 御中

平成 年 月 日

CT ・ MR ・ DEXA 検査依頼書 (診療情報提供書)

紹介元医療機関名	医師名
所在地 〒	印
TEL(- -)	FAX(- -)

フリガナ									
患者氏名		明・大・昭・平	年	月	日生	男・女	(歳)	

検査日時

平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分

注 1.造影剤使用の場合は必ず患者様の同意書及び問診票のご記入をお願いします。

2.検査の都合上、体重を記載ください。(体重 kg)

3.ペースメーカー装着者のMRI検査は出来ません。CT検査の場合は一部の機種によっては不具合が生じることがあるため、メーカー名及び型番を記入ください。

メーカー名() 型番()

4.妊娠の有無のチェック (有 ・ 無)

検査部位	胸部	臨床診断・現病歴等
頭部	上腹部	
眼窩	下腹部	
内耳	頸椎	
副鼻腔	胸椎	
上顎	腰椎	
下顎	上肢	
頸部	下肢	
心臓	その他	
造影検査 チェック	単純のみ	
	単純+造影	
	造影のみ	

依頼目的(検査で何を知りたいのか具体的な記入をお願いします)