

『オープン検査依頼書』

【貴院・患者様情報】

施設名: 貴主治医名: 先生

患者様氏名: 様 性別: 男性 ・ 女性

生年月日: 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 ・ 西暦 年 月 日

【検査予約日時】 ※ご予約後、下記ご記入頂き原本を患者様へお渡し下さい。

検査日: 令和 年 月 日 / AM ・ PM 時 分

【検査依頼内容】 ※MRI以下、医師読影はございません。技師作成のレポートにてご報告させていただきます。

レ点	検査種類	検査部位・その他	結果について
☐	CT		3日前後 ご郵送
☐	MRI		3日前後 ご郵送
☐	骨塩測定(DXA法)	前腕・手首骨折の有無 右口左口	当日渡し可能
☐	脳波	睡眠脳波 対応不可	翌日 ご郵送
☐	頸動脈エコー		翌日 ご郵送
☐	甲状腺エコー		翌日 ご郵送
☐	心臓エコー		翌日 ご郵送
☐	乳腺エコー		翌日 ご郵送
☐	腹部エコー		翌日 ご郵送
☐	前立腺エコー	検査当日の畜尿指示お願い致します。	翌日 ご郵送
☐	下肢エコー	動脈・静脈・両方	翌日 ご郵送
☐	24時間ホルター心電図	検査翌日ご来院頂きます。	1週間後 ご郵送
☐	ABI・PWV(血管年齢)		当日渡し可能

➤ 診断名・臨床所見(疑い病名でも可) ※検査に際し指示等あれば、合わせてご記入下さい。

➤ 検査結果(CD・用紙)お渡し方法 ※お急ぎの場合、先に結果FAXし後日原本郵送可能です。

☐ ご郵送 / ☐ 当日患者様に手渡し / ☐ その他()

➤ 体内機器情報 ※記載漏れなどあった場合、予約変更又はキャンセル扱いとさせていただきます。

☐ 埋め込み型ペースメーカー・除細動器 / ☐ 脳動脈クリップ☐ 体内金属() ☐ その他()