

医療法人社団 苑田会

苑田第一病院

地域医療連携室宛て FAX: 03-5242-6411

受付時間: 月~土 9時~17時

## 『放射線科 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 (西暦可) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 【検査予約日時】

検査日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 / AM ・ PM \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

## 【検査依頼内容】

シ点	検査種類	検査部位
<input type="checkbox"/>	CT	
<input type="checkbox"/>	MRI	
<input type="checkbox"/>	骨塩測定 (DXA 法)	前腕のみ対応のため、腕・手首骨折の有無 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/>

➤ 診断名・臨床所見 \*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) お渡し方法

 ご郵送 /  当日患者様に手渡し /  その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 【患者様情報】

 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 ( \_\_\_\_\_ )

お問い合わせ先 地域医療連携室 直通

TEL: 03-3850-8366

作成 令和5年4月1日