| | | i | 診療情報 提 | 是供書(兼)C | T-MRI- | 骨塩定量 | 遣検査依頼 | [書 | 月 | 日 | |
|---|---------------|---------|---------------|-------------|--------------------------------------|---|---------------|---------------------|----------|------|--|
| こだま病院 医事課 ⇒ 放射線科 FAX:0797-86-7725 | | | | | | マン 紹介元> 医療機関名 所在地 電話番号 FAX番号 医師名 | | | | | |
| | の項目は : | 当院で記入し | 院で記入します | | | | | | | | |
| 患者氏名 | | | | | 男女 | _ | <u>_</u> 年 | 牛刀口 月 | 日生(| 才) | |
| 患者住所 | | | | | | | 電話番号 | | | | |
| 検3 | 日時 | | 年 | 月 | 日 | (|) 午前) 午後 | B | ⇟ | 分 | |
| 該当 | する項目に | こチェックをよ | お願いいたしま | | | | | | | | |
| C T | 頭部 | 頸部 | 胸部 | | | 頭部 | 頸部 | | | | |
| | 腹部 | (□上下腹部 | 邸 □上腹部 | □ 骨盤腔) | М | □脊椎 ([| □仙椎 | □尾骨) | | | |
| | □脊椎 | 、 | | | | 肩関節 | | | | | |
| | その他 | ` — - |) | | □ 骨盤□ その他 | 】股関節 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ | 関節 🗌 🖯 | 足関節 | 足背 | | |
| 造影 単純のみ 単純 + 造影 造影のみ | | | | | | | | | | | |
| 骨塩定量 | | □腰村 | 生 + 両股関節 | (| 身長 | (| om • | 体重 | k | (g) | |
| 患者情報をご記入ください | | | | | | | | | | | |
| 1 | 傷病名 | | | | | | | | | | |
| 紹 | 引介目的 | | | | | | | | | | |
| 症状経過 | | | | | | | | | | | |
| | | | 検査結果 | | | | Ti | 在認事項 | | | |
| | 取為≕ | t B√. | | 希望する(2時間以内) |) | 腎機能區 造影剤副 | | 無 | □有 □有 | | |

□希望しない(普通)

※返信日

緊急読影

※受付者

※患者ID:

□ 有

□有

無

無

※担当者

糖尿病薬服用

妊娠