（行岡病院放射線科宛）検査依頼書(兼)診療情報提供書（様式Ⅲ）

年　　月　　日

◎検査希望日　①　　年　　月　　日（　　）　　②　　年　　月　　日（　　）

※この用紙は検査当日にご持参いただくよう患者様へお渡しください。
※MRIとCTの撮影した画像は検査当日にDVD-Rで患者様にお渡しします。
※読影所見は、1週間程度お時間をいただく場合がございますのでご了承ください。

□ CT	□ 頭部　□ 顔面（　　）　□ 胸部　□ 上腹部　□ 骨盤腔 □ その他 □ 単純　**□ 所見が必要**　※所見が必要な場合に☑をお願いします。 □ 造影　　また、臨床診断・現病歴の欄を必ずご記入ください。
□ MRI	□ 頭部　□ 腹部　□ 骨盤腔　□ 関節（　　） □ 脊髄（頚・胸・腰）　□ ＭＲアンギオ（　　）　□ ＭＲＣＰ □ その他 □ 単純　**□ 所見が必要**　※所見が必要な場合に☑をお願いします。 □ 造影　　また、臨床診断・現病歴の欄を必ずご記入ください。
□ 骨密度	□ 腰椎　□ 全身　□ 脂肪定量　※一部位10分程度の検査です □ 右大腿部　□ 左大腿部　□ 右前腕　□ 左前腕 □ **検査結果のFAXが必要**　※ 結果は検査当日、患者様にお渡しします。 FAXが必要な場合に☑をお願いします。
□ Ｘ線	□ 胸正面　□ 胸右側面　□ 胸左側面　　照射数 □ 腹立位　□ 腹仰臥位 □ その他
□ 心電図	□ 12誘導　□ 負荷　□ ２４ｈホルター
臨床診断・現病歴(依頼理由、目的を含めてご記入ください) 身長：　　ｃｍ　体重：　　kg	

ふりがな		性別	男・女	T・S・H・R　年　月　日生　歳	
氏　名				電話番号	
住　所					

主保険	保険者番号									有効期限	年　月　日
	記号			番号						本人 ・ 家族	
公費	負担者番号									有効期限	年　月　日
	受給者番号									一部負担金	有 ・ 無

紹介元医療機関・医師名

住　　所
医療機関名
電話・ＦＡＸ
医　師　名

行岡病院　地域医療連絡室　FAX06-6371-8580