

放射線科検査依頼票（地域医療連携室紹介）

申込日 年 月 日

那智勝浦町立温泉病院

地域医療連携室 宛

(FAX : 0735-52-9393)

紹介元	医療機関名
	住所
	TEL・FAX
	診療科 医師名

患者情報

ふりがな		生年月日	明治・大正・昭和・平成
患者氏名	男・女		年 月 日 (歳)
住所	(〒 -)		
電話番号	当院受診歴	(無 ・ 有)	科

希望の項目にチェックしてください。（来院当日、検査前に該当診療科で診察を行います）

<input type="checkbox"/> CT検査	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> (右・左) 股関節
<input type="checkbox"/> MRI検査	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> (右・左) 肩 <input type="checkbox"/> (右・左) 膝 <input type="checkbox"/> その他 () CT・MRI検査の画像は、CDにてお渡しします。
<input type="checkbox"/> 骨密度測定 (DEXA法)	【測定部位】腰椎正面と大腿骨 検査結果は、紙印刷でお渡しします。	

確認事項・依頼内容

* 造影検査依頼の場合「造影検査（問診票・同意書）」もご記入下さい

	検査日
① 妊娠中、又はその可能性 <input type="checkbox"/> 確認済み（妊娠していない）	
② 心臓ペースメーカー・埋め込み型電気刺激装置 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ※MRI検査は出来ません。 CT検査は装置部分の範囲を外して撮影します。	* 第1希望日 () * 第2希望日 ()
③ 体内金属 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ※MRI検査可能かご確認ください。	
検査にあたっての臨床診断名・傷病名 ※必ず、ご記入ください。	
検査目的・症状経過・検査結果・撮影方法など	

那智勝浦町立温泉病院 地域医療連携室

TEL（直通）：0735-29-6115 /FAX（専用）：0735-52-9393