

けいなん総合病院

検査依頼 兼 紹介状

FAX送付票 (医療機関用)

申込日

紹介元 医療機関名		担当医師		電話番号		
フリガナ		生年月日	(歳)			
氏 名				性別	男 女	
住 所				電話番号		
検査日時	月 日 (曜日)		午前・午後	時	分	
予約検査 (検査名・部位 にし点をつけて ください)	CT	単純・造影・単純+造影	身長	cm	体重	kg
	<input type="checkbox"/> 頭部 (<input type="checkbox"/> 頭蓋内・ <input type="checkbox"/> 顔面・ <input type="checkbox"/> 中内耳) <input type="checkbox"/> 上・下顎・ <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部・ <input type="checkbox"/> 腹部・ <input type="checkbox"/> 骨盤腔・ <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎・尾骨 四 肢 (左右選択 部位選択) その他 ()					
	MRI	単純・造影・単純+造影	身長	cm	体重	kg
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 縦隔 腹部 (<input type="checkbox"/> 肝・胆嚢・膵臓 MRCP <input type="checkbox"/> 腎臓) <input type="checkbox"/> 骨盤腔 (<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺・膀胱) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎尾骨 四 肢 (左右選択 部位選択) その他 ()					
造影剤使用時	腎機能障害 有 ・ 無 有の場合 (クレアチニン値) ※ (患者様の状態により、造影剤使用の可否につきましては当院の医師に一任願います)					
検査目的						
次の項目について確認願います	体内金属	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	止血クリップ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	気管支喘息	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	重傷不整脈	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	妊娠中または可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
検査報告書	有 ・ 無					