

検査依頼書

患者情報

氏名	男・女			
生年月日	T・S・H	年	月	日

紹介元医療機関名

〒	
住所	
医師名	印
☎	
FAX	

CT・MRI 検査依頼

撮影部位(該当部位に○印を記入ください。)		目的部位	感染症
<input type="checkbox"/>	頭部		無・有(HCV・HB・Wa)
<input type="checkbox"/>	頸部		
<input type="checkbox"/>	胸部	造影検査 依頼の際は、必ず記入して下さい。 造影剤による副作用の risk factor 無・有()	
<input type="checkbox"/>	上腹部		
<input type="checkbox"/>	下腹部		
<input type="checkbox"/>	脊椎		
<input type="checkbox"/>	眼窩部		
<input type="checkbox"/>	耳鼻科領域		
<input type="checkbox"/>	その他		

単純 造影 単純+ 造影

超音波 検査依頼

検査部位(該当部位に○印を記入ください。)		目的部位
<input type="checkbox"/>	腹部	
<input type="checkbox"/>	心臓	
<input type="checkbox"/>	頸動脈	
<input type="checkbox"/>	表在	
<input type="checkbox"/>	乳腺	
<input type="checkbox"/>	下肢動脈	
<input type="checkbox"/>	下肢静脈	
<input type="checkbox"/>	その他	

骨密度 検査依頼

検査部位(該当部位に○印を記入ください。)	
<input type="checkbox"/>	腰椎
<input type="checkbox"/>	左股関節
<input type="checkbox"/>	右股関節

臨床診断・検査目的・臨床経過