（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

**検査依頼書・診療情報提供書**

聖フランシスコ病院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　紹介元医療機関名

　　　　　　　　　科　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　科　　　医師名

　　　　　　所在地

〒852-8125　長崎市小峰町9-20

代表095-846-1888　FAX 095-845-7600　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

**放射線科直通　095-846-2580　FAX 095-846-1915**

|  |
| --- |
| 患者氏名 様　　　　性別　　　男　　・　　女  生年月日　　　明　・　大　・　昭　・　平　　　 　 　年　　　　　　　月　　　　　　　日　　（　　　 　　）歳 |
| 診断名（診断名または、疑い病名を記入してください） |
| 検査目的：臨床診断・病歴・手術歴・検査成績など |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MRI** | □頭部　□頚部　□頚椎　□胸椎　□腰椎　□胸部　□腹部　□骨盤部  □乳腺　□下肢MRA　□その他（　　　　　　　　　　）  □上肢 （右・左）：{肩関節・上腕・肘関節・前腕・手関節・（他：　　　　　　　）｝  □下肢 （右・左）：｛股関節・大腿・膝関節・下腿・足関節・（他：　　　　　　　）｝  **※必ず以下の特記事項についてもチェックをお願いいたします**  脳動脈クリップ　　　□有　□無　　　　　仰臥位での安静　□可　□不可  心臓ペースメーカー　□有　□無  体内金属　　　　　　□有　□無（部位など：　　　　　　　　　　　　　　　）  手　術　歴　　　　　□有　□無（手術名・部位など：　　　　　　　　　　　） | | |
| **C T** | □頭部　　□頚部　　□胸部　　□腹部　　□骨盤部　　□その他（　　　　　　　　　） | | |
| **CT・MRI造影の希望　□有　□無** | | | **その他** |
| ＊有の場合は下記の記入並びに別紙問診表・同意書に記入をお願いいたします。  BUN　( ) Cr　( ) | | | 妊娠　　□有　□無  感染症　□有　□無  （　　　　　　　） |
| **ECHO** | **単純** | □頸部　　□乳腺　　□腹部　　□骨盤腔　　□その他（　　　　　　　　　　） | |
| **造影** | □乳腺　　□肝臓 | |
| **MMG** | □両側１方向(MLO)　　□両側２方向(CC・MLO)　　□その他（　　　　　　　　　　） | | |
| **骨密度測定** | □腰椎　　□前腕骨　　□大腿骨　　身長（　　　 　　）cm　　 体重（　　　 　　）kg | | |