

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	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	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部 MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 下肢 MRA (動脈・静脈) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 上肢 (右・左): {肩関節・上腕・肘関節・前腕・手関節・(他:)} <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 仰臥位での安静 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 体内金属 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位など:) 手術歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (手術名・部位など:)	
	CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他 ()
	CT・MRI 造影の希望 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無	
*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 () eGFR ()		その他 妊娠 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 感染症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()
ECHO	単純	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他 ()
	造影	<input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 肝臓
MMG	<input type="checkbox"/> 両側 1 方向(MLO) <input type="checkbox"/> 両側 2 方向(CC・MLO) <input type="checkbox"/> トモシンセシス (3D) 撮影	
骨密度測定	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 前腕骨 <input type="checkbox"/> 大腿骨 身長 () cm 体重 () kg	