

## 青山第二病院医療介護相談室 放射線科依頼書(FAX用紙)

### ＄ 患者様基本情報 －

フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏 名		電話番号	( )
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)		
住 所	(〒 )		
当院での受歴の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ID番号		
患者様の病名・主症状 ※必ずご記入願います。			
貴医療機関名 住 所 貴医師名		送迎	有・無
電 話 番 号	Fax番号		

### ＄ 検査依頼項目選択 －

下記、放射線画像診断にご記入願います。

(検査希望の際は、1検査毎に1枚ずつ依頼書が必要となります。)

放射線画像診断のご依頼 ※CT単純のみ当日予約お受けしております。

検 査 希 望 日	第1希望日 月 日 曜日	第2希望日 月 日 曜日
女性 の 患 者 の み	<input type="checkbox"/> 妊娠なし <input type="checkbox"/> 妊娠中でも検査必要 <input type="checkbox"/> 可能性有り	
検 査 目 的		
C T	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎	
	<input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 上肢( ) <input type="checkbox"/> 下肢( ) <input type="checkbox"/> その他( )	
透 視 検 査	<input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 注腸(前処置の説明の為、検査日の3日前までに来院が必要)	
一 般 撮 影	<input type="checkbox"/> 胸部撮影 <input type="checkbox"/> その他( )	
検査結果について	検査後のフィルムは当日、本人に手渡します。所見は翌日Faxにて貴院へお送りします。	

連絡事項等
-------