

# 検査依頼申込書（診療情報提供書）

独立行政法人  
地域医療機能推進機構

## 相模野病院

地域連携室 FAX 042-753-0399

TEL 042-752-2025（代）

医療機関名および住所・TEL・FAX

医師氏名

(フリガナ)		男	生年月日
患者氏名	様	女	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
住所	連絡先 ( )		
検査予定日	当院受診歴		
年 月 日 ( 曜日) 時 分	有 (ID : ) ・無		
傷病名・主症状・検査依頼目的等			
ご希望の検査、また各該当項目に、チェック または ○ 印をお願いします			
※ 検査依頼目的とご依頼部位を放射線医師が確認し、場合により部位の範囲を修正させていただくことがあります			
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 (肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・副腎・腎臓) <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 四肢 (   ) <input type="checkbox"/> 骨部 (   )		
<input type="checkbox"/> デンタルCT	<input type="checkbox"/> 自費診療 <input type="checkbox"/> 保険診療		
※ 線量の高い放射線検査については、ご依頼の先生から患者さんへ検査の正当化と最適化についての説明をお願いしています			
CT検査による被ばくのリスクを患者に説明し、同意を得た。 <b>医師署名</b> _____			
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 ( <input type="checkbox"/> + MRA ) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 ( <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 胸骨 <input type="checkbox"/> 乳房 ) <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 腹部 (   ) <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 四肢 (   ) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 (分離症 有・無 ) <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 下位胸椎～腰椎		
<input type="checkbox"/> MRCP	※ 胆嚢・膵臓の精査の場合はMRCPを選択してください		
※ 身体内の金属については、別途ご連絡ください			
<input type="checkbox"/> MMG	<input type="checkbox"/> 市癌検診 <input type="checkbox"/> 保険診療   ( <input type="checkbox"/> CD-R または <input type="checkbox"/> フィルム )		
<input type="checkbox"/> 上部 内視鏡検査			
※ 下部内視鏡検査の場合、検査前にご説明のための受診をお願いしています			
<input type="checkbox"/> 下部 内視鏡検査	検査前受診日   年   月   日 ( 曜日)   16 時		
画像報告	<input type="checkbox"/> 読影希望 (後日お届け) <input type="checkbox"/> 読影不要 (後日お届け) <input type="checkbox"/> 読影不要 (CD-R当日持ち帰り) ※ CT、MRIはCD-Rでの画像報告、内視鏡検査は報告書のみのご報告となります		