

診療情報提供書(CT/MRI/骨塩定量 検査依頼書)

FAX 03-6204-6197

昭和大学江東豊洲病院

江東豊洲病院 ID :	男・女	感染症	HBs抗原(+、-、未)	HCV(+、-、未)			
フリガナ		ワ氏反応(+、-、未)	MRSA(+、-、未)				
患者氏名 :		H抗体(+、-、未)					
生年月日 :		患者電話番号 :	-	-			
(明・大・昭・平) 年 月 日							
依頼医療機関名 :		依頼医師 :					
依頼医療機関住所 :							
検査予定日 :	年 月 日	午前・午後	時	分			
次の検査のうち、検査の種類と部位を1つだけ○で囲んでください。							
CT検査	脳	眼窩	胸部	胸部～上腹部	頸髄	上肢	
	下垂体	副鼻腔	上腹部	胸部・上腹・骨盤	胸髄	下肢	
	頸部	中耳半軸位	骨盤	上腹部～骨盤	腰髄		
MRI検査	脳	顎関節	胸部	頸部血管	頸髄	ヒダリ上肢	ヒダリ上肢血管
	下垂体	頸部	乳房	胸部血管	胸髄	ミギ上肢	ミギ上肢血管
	聴器	副鼻腔	上腹部	上腹部血管	腰髄	ヒダリ下肢	ヒダリ下肢血管
	眼窩	骨盤	脳血管	骨盤部血管		ミギ下肢	ミギ下肢血管
骨塩定量検査	前腕+腰椎+股関節		腰椎(正面)		腰椎+全身		
	※体重 Kg		※身長 cm				
下記事項のチェックをお願いいたします。							
●体内金属(心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・その他の金属)			有 / 無				
●刺青・アートメイク			●入れ歯(磁石で固定するタイプ)			有 / 無	
●閉所恐怖症			●喘息・小児喘息			有 / 無	
●妊娠の可能性			●鎮静剤の使用(骨塩検査のみ)			有 / 無	
臨床経過／検査対象病名／検査目的							

※検査の流れ

- ① 医療連携担当まで電話にてご連絡をお願いします。03-6204-6130(直通)
- ② 検査名と検査希望日時をお知らせください。検査の空き状況を確認のうえ予約をお取りします。
- ③ 検査依頼書をご記入ください。検査項目、部位を○で囲んでください。検査依頼書はFAXで当院の医療連携担当までお送りください。03-6204-6197(FAX)
- ④ 検査依頼書はFAX後、患者さんへお渡しいただき検査当日初診受付へご持参いただくようお願いいたします。
- ⑤ 検査当日、患者さんについて先生にお問い合わせする場合がありますのでご了承ください。
- ⑥ CT/MRIは専門医による読影レポートを作成し、CD-Rとともに普通郵便にて郵送いたします。
- ⑦ 骨塩定量検査は結果用紙を郵送いたします。
- ⑧ 通常は2～3日で依頼施設に届きます。