

診療情報提供書(兼)検査依頼申込書

受診希望科 _____ 科
_____ 先生

令和 年 月 日

当院受診歴 (有・無)

検査後診察 (有・無)

放射線科の検査について
※画像のコピー(CD-R)の希望
【有(郵送・当日手渡し)・無】
※読影レポートは後日FAXにてご報告

医療機関名	
所在地	
医師名	
TEL	() -
FAX	() -

フリガナ		性別		明・大・昭・平・令
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
住所	〒			TEL () -

検査予約希望日時 : 令和 年 月 日 (時 分)

傷病名
既往歴
紹介目的【治療経過等】

検査依頼項目・検査部位

放射線検査	CT検査 頭部・頸部・胸部・上腹部～骨盤部・上腹部(肝・胆・膵)・骨盤部・その他の部位() 【造影 有・無】 【造影時CTアンギオ 有・無】		
	心臓CT 【造影】	マンモグラフィー	・腰椎+大腿骨 骨塩定量 ・腰椎のみ ・大腿骨のみ
	MR検査 頭部・頸部・胸部・上腹部(肝・胆・膵)・骨盤部・頸椎・胸椎・腰椎・その他の部位() 【造影 有・無】 【MRアンギオ 有・無】 【ペースメーカー 有・無】 【脳動脈クリップ 有・無】		
	アイソトープ検査【検査名: _____ 部位並びに使用核種: _____		
生理検査	超音波検査 【頸動脈・甲状腺・心臓・腹部・下肢血管(動脈・静脈)その他の部位()		
	負荷心電図 【(ダブルマスター・シングルマスター・(_____) 脳波		
	呼吸機能検査 ※ 地域医療連携室にご連絡ください。		
内視鏡	胃内視鏡 (経口・経鼻)	その他	栄養指導(病名: _____)
	大腸内視鏡		

- ※ MRI・CT造影検査は、同意書の記入もお願いします。
【MRI検査は、問診票の記入もお願いします。】
- ※ 上記の検査につきましては、検査日に必ず紹介状をお持ちいただくようお願いいたします。
- ※ 脳血流シンの薬剤負荷は行っておりません。

〒488-8585 尾張旭市平子町北61番地
旭労災病院 地域医療連携室
TEL:0120-53-6196
FAX:0120-53-8459