|  |  |
| --- | --- |
| 検査依頼用紙（診療情報提供書）　 | 年　　　月　　　日 |
| 社会福祉法人あそか会 | あそか病院　放射線科 |  |  | 紹介元医療機関名 および 所在地 |
| 〒135-0002 | 東京都江東区住吉-1-18-1 |  |  |  |
| 電話 | 03-3632-0290　(代表)　　 |
| 03-3632-0293　(放射線科直通) |  |
| Fax | 03-3632-4276 |  | 医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |  |  |
| 氏名 | フリガナ | 性別 | □ 男□ 女 | 生年月日 | T　SH　R | 年 | 月 | 日 |
|  |
| 検査日時 | 　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日　　　　　　午前　　・　　　午後　　 | 時　　　　　　　　　　　　　　　分 |
| 紹介目的 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 検査依頼内容　　　該当する部分にチェックをお願いいたします |
| 区分 | □　CT | □　骨密度（腰椎＆大腿骨／前腕） | 造 | □　なし |  |
| □　MRI | □　超音波 | 影 | □　あり（3か月以内のCr値：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 依頼内容 | □　頭部 | □　顔面 | □　下垂体 | □　副鼻腔 | □　聴器 | □ 甲状腺 |
| □　頸部 | □　肺 | □　縦隔 | □　乳腺 | □　心臓 |  |
| □　腹部 | □　肝臓 | □　膵臓・胆嚢 | □　腎臓 | □　前立腺 | □　子宮卵巣 | □　骨盤部 |
| □　頸椎 | □　胸椎 | □　腰椎 | □　仙椎 |  |  |
| □　肩（右・左） | □　上腕（右・左） | □　肘（右・左） | □　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □　前腕（右・左） | □　手関節（右・左） | □　手（右・左） |  |  |
| □　股関節（右・左） | □　大腿骨（右・左） | □　膝（右・左） |  |  |  |
| □　下腿（右・左） | □　足関節（右・左）　　 | □　足（右・左） |  |  |  |