|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　S  H　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） | | | | | |  | | |  | | |  | | |