

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

〒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

紹介元医療機関名 および 所在地
医師名

氏名 <small>フリガナ</small>	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 骨密度(腰椎&大腿骨/前腕)	造影	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(3か月以内のCr値:)		
依頼内容	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 顔面	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 聴器	<input type="checkbox"/> 甲状腺
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 肺	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 心臓	
	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 膵臓・胆嚢	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 子宮卵巣
	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙椎	<input type="checkbox"/> 骨盤部	
	<input type="checkbox"/> 肩(右・左)	<input type="checkbox"/> 上腕(右・左)	<input type="checkbox"/> 肘(右・左)	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 前腕(右・左)	<input type="checkbox"/> 手関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 手(右・左)			
	<input type="checkbox"/> 股関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 大腿骨(右・左)	<input type="checkbox"/> 膝(右・左)			
	<input type="checkbox"/> 下腿(右・左)	<input type="checkbox"/> 足関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 足(右・左)			

あそか病院 ID () ※検査時に放射線科で記入します。