

高山赤十字病院 医療機器共同利用検査依頼書

申込日： 年 月 日

(紹介先)
高山赤十字病院 御中
FAX : 0577-32-1165

医療機関名 :
医師名 :
TEL :
FAX :

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男性	高山赤十字病院 ID
患者氏名				<input type="checkbox"/> 女性		
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			年	月	日 歳
住 所				電話番号		
検査希望日時	第1希望		月 日 時頃	第2希望		月 日 時頃
依頼医師	様					
臨床検査関係	検査項目	<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 病理組織・細胞診検査	<input type="checkbox"/> 肺機能検査		
		<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波	<input type="checkbox"/> 病理組織・細胞診検査	<input type="checkbox"/> 単純(肺気量分画・フローボリュームカーブ)		
		<input type="checkbox"/> 甲状腺超音波		<input type="checkbox"/> 精密(肺気量分画・フローボリュームカーブ・機能的残気量)		
放射線関係	検査項目	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> RI(契約機関のみ)	<input type="checkbox"/> 骨塩定量	
		<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(IMP)	<input type="checkbox"/> 腰椎	
		<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 認知症頭部 VSRAD	Z-Graph解析	<input type="checkbox"/> 大腿骨	
		<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(ECD)	<input type="checkbox"/> 一般撮影・その他	
		<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 腹部 ()	e-Zis解析		
		<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 骨盤 ()	<input type="checkbox"/> ダットシンチ		
	<input type="checkbox"/> 脊椎 ()	<input type="checkbox"/> 脊椎 ()	<input type="checkbox"/> 心筋MIBGシンチ			
<input type="checkbox"/> 上肢 ()	<input type="checkbox"/> 上肢 ()	H/M比の算出				
<input type="checkbox"/> 下肢 ()	<input type="checkbox"/> 下肢 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()				
読影依頼	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		
検査結果	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム		
検査内容についての要望(必要シーケンス・再構成画像等)				MRIチェックリスト(医師記載)		
				ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
				動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
				人工弁・人工内耳	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
				人工関節・人工骨頭	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
				その他体内金属	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
				体内金属は？	<input type="checkbox"/> 磁性体	<input type="checkbox"/> 非磁性体
検査目的 病名 既往歴 連絡事項 (必須)						
<input type="checkbox"/> 検査に伴う医療被ばくについて説明し、患者の同意を得ました。(CT・RI検査)						