高山赤十字病院　医療機器共同利用検査　依頼書

FAX:0577-32-1165

申込日:　　年　　月　　日

医療機関名		TEL	
医 師 名		FAX	

ふりがな		性別	□ 男性	高山赤十字病院　ID
患者氏名			□ 女性	
生年月日	☑ 大正　□ 昭和　□ 平成　□ 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		
特記事項				

臨床検査関係	検査項目	□ 超音波検査	□ 病理組織・細胞診検査	□ 肺機能検査	□ 脳波検査
		□ 頸動脈超音波 □ 甲状腺超音波 □ 心臓超音波	□ 病理組織・細胞診検査	□ 単純（肺気量分画・フローブリュームカーブ） □ 精密（肺気量分画・フローブリュームカーブ・機能的残気量）	□ 脳波（賦活なし） 検査結果　□ CD-R
放射線関係	検査項目	□ CT	□ MRI	□ RI（契約機関のみ）	□ 骨塩定量
		□ 頭部 □ 頸部 □ 胸部 □ 腹部 □ 骨盤 □ 脊椎（　　） □ 上肢（　　） □ 下肢（　　）	□ 頭部 □ 認知症頭部　VSRAD □ 頸部 □ 腹部（　　） □ 骨盤（　　） □ 脊椎（　　） □ 上肢（　　） □ 下肢（　　）	□ 脳血流シンチ（IMP）Z-Graph解析 □ 脳血流シンチ（ECD）e-Zis解析 □ ダットシンチ □ 心筋MIBGシンチ H/M比の算出 □ その他（　　）	□ 腰椎 □ 大腿骨 □ X線撮影（単純） □ 部位（　　）
	読影依頼	□ 要　□ 不要	□ 要　□ 不要	□ 要　□ 不要	
	検査結果	□ CD-R　□ フイルム	□ CD-R　□ フイルム	□ CD-R　□ フイルム	□ CD-R　□ フイルム

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　□ 有　□ 無
	動脈瘤クリップ　□ 有　□ 無
	人工弁・人工内耳　□ 有　□ 無
	人工関節・人工骨頭　□ 有　□ 無
	その他体内金属　□ 有　□ 無
	体内金属は？　□ 磁性体　□ 非磁性体

検査目的 病名 既往歴 連絡事項 （必須）	□ 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）

2023.11.1