



依頼日 令和 年 月 日

所見	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	常勤 放射線科診断専門医が対応
希望日1	令和 年 月 日 ()	時 分
希望日2	令和 年 月 日 ()	時 分
① 依頼施設名		
② 傷病名		
③ 依頼医師名		
④ 患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日	年 月 日生
⑤ 住所	電話番号	

⑥ 共通確認事項	確認事項	ペースメーカー (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	妊娠 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
		手術歴 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	入れ墨 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
		体内金属 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	体重 () kg

⑦ CT 検査	撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純	造影は、現在対応しておりません。	
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	()
	撮影部位	詳細にチェックして下さい		
	(頭部)	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 小脳	<input type="checkbox"/> 骨条件
	(胸部)	<input type="checkbox"/> 肺野	<input type="checkbox"/> 縦隔	
	(腹部)	<input type="checkbox"/> 肝~腎	<input type="checkbox"/> 腎~膀胱	
	(骨盤部)	<input type="checkbox"/> 軟部	<input type="checkbox"/> 骨条件	
	(脊椎)	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎
	(その他)	<input type="checkbox"/> ()		
所見希望	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない		

⑧ MRI 検査	撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純	造影は、現在対応しておりません。		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	()	
	撮影部位	詳細にチェックして下さい			
	(頭部)	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> ()	
	(脊椎)	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> ()
	(骨盤部)	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 卵巣
		<input type="checkbox"/> ()			
	(関節)	<input type="checkbox"/> 膝	<input type="checkbox"/> 股	<input type="checkbox"/> 肩	<input type="checkbox"/> 足
		<input type="checkbox"/> 手	<input type="checkbox"/> 肘	<input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> L
(その他)	<input type="checkbox"/> ()				
断層方向	<input type="checkbox"/> ルーチン	<input type="checkbox"/> Axial	<input type="checkbox"/> Sagittal	<input type="checkbox"/> Coronal	
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
所見希望	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない			

⑨ 備考欄	
-------	--

■ 予約日時の変更や、検査時間までにご来院できない場合は、ご遠慮なく連絡ください。

■ 平日 08:30~20:00 【地域医療連携課】 [電話] 072-809-0013 [FAX] 072-809-0022

■ 土曜 08:30~12:00 ※日曜日・祝日・年末年始(12月29日~1月3日)は休診日となっています