

医療機器利用依頼書兼検査指示書

年 月 日



医療法人雄心会 青森新都市病院

青森市石江 3 丁目 1 番地

TEL : 017-757-8750 (代表)

TEL : 017-757-8785 (患者支援センター直通)

FAX : 017-788-9902 (患者支援センター直通)

紹介元医療機関名

所在地

医師名

フリガナ				
患者氏名		男・女	生年月日	明大昭平 年 月 日生 () 歳
住 所	〒 -			
電話番号 携帯番号	() - () -	職 業		

検査希望日 平成 年 月 日 () 時頃

CT 検査	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊椎 [頸椎・胸椎・胸腰椎・腰椎・仙椎] <input type="checkbox"/> 四肢 [右・左] () 画像処理： <input type="checkbox"/> Axial <input type="checkbox"/> Sagittal <input type="checkbox"/> Coronal <input type="checkbox"/> 骨条件 <input type="checkbox"/> 3D 作成
MR I 検査	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊髄 [頸椎・胸椎・胸腰椎・腰椎・仙椎] <input type="checkbox"/> 四肢 [右・左] () <input type="checkbox"/> MRA [頭部・頸部・胸部・腹部・四肢 ()] <input type="checkbox"/> MRCP 機 種： <input type="checkbox"/> 1.5 テスラ <input type="checkbox"/> 3.0 テスラ <input type="checkbox"/> どちらでも可 撮像方法： <input type="checkbox"/> 適宜 <input type="checkbox"/> DWI <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> FLAIR <input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2*
骨塩定量検査	<input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨 (DEXA 法) <input type="checkbox"/> 腰椎のみ <input type="checkbox"/> 大腿骨のみ
マンモグラフィ検査	<input type="checkbox"/> 2D1 方向 <input type="checkbox"/> 2D2 方向 <input type="checkbox"/> 3D1 方向 <input type="checkbox"/> 3D2 方向

《病名・症状・目的等》

《具体的指示・コメント》