

# CT・MRI・骨密度測定 検査依頼書（診療情報提供書）

笠岡第一病院 地域医療連携室 宛  
(FAX: 0865-67-0235)

年 月 日

※ 個人情報のため、取り扱いにご配慮願います。

紹介元  
医療機関名

TEL

医師氏名

先生

FAX

※ 折り返し貴院へ「検査予約票」をFAXいたしますので、この依頼票原本と共に患者様へお渡してください。

ふりがな 患者氏名		男 ・ 女	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日
患者連絡先	TEL - -		当院受診歴 あり・なし
住所	〒		

心臓ペースメーカー (有・無)	体内埋め込み金属体 (有・無)
脳動脈瘤クリップ (有・無)	その他 ( )
グルコースセンサー (有・無)	※有⇒除去確認後に撮像を行います
内視鏡的ホリブ切除術歴 (有・無)	※有⇒クリップ確認の為当院にて腹部XPの撮像を行います
歯の矯正装置 (有・無)	※有⇒歯科へ確認が必要となります
妊娠の可能性 (有・無)	

<input type="checkbox"/> CT検査	<input type="checkbox"/> MRI検査	※造影検査は単純に比べ約2倍の時間がかかります。
検査部位	頭部・眼窩・副鼻腔・耳下腺・甲状腺・MRA(頭部・頸部) 胸部・肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・MRCP 頸椎・胸椎・腰椎・膀胱・前立腺・子宮・卵巣・その他( ) 肩関節(右・左)・手関節(右・左)・股関節(右・左)・膝関節(右・左)・足関節(右・左) 血管 [ 心血管・大動脈(胸部・腹部)・下肢・その他( ) ]	
造影の有無	<input type="checkbox"/> 有 ※有の場合、ご記入ください。 気管支喘息 (有・無) 造影剤アレルギー (有・無) 腎機能検査 (年 月 日実施) BUN mg/dl ・ クレアチン mg/dl <input type="checkbox"/> 無	
詳細 必ずご記入下さい	<input type="checkbox"/> CD-R 希望 <input type="checkbox"/> フィルム 希望 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災	

※心血管検査の場合、お返事に時間がかかる場合もあります。

<input type="checkbox"/> 骨密度測定検査	(身長 cm 体重 kg)
検査部位	<input type="checkbox"/> 腰椎正面 <input type="checkbox"/> 右大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> 左大腿骨頸部 ※希望の部位にチェックしてください

※ 上部消化管内視鏡検査は別紙にて予約をお願いいたします。

希望検査日時	第一希望 月 日 ( )	午前 ・ 午後
	第二希望 月 日 ( )	午前 ・ 午後

医療法人社団清和会 笠岡第一病院 地域医療連携室

FAX受付時間 月曜～金曜 8:30～17:30 土曜 8:30～12:30 (年末年始・祝祭日除く)

※ 時間外・休診日にFAXをいただいた場合、お返事は翌開業日になります。

直通TEL 0865-67-0230 / FAX 0865-67-0235

(R3.4～)