

検査依頼票

◇御依頼される検査項目及び撮影部位にチェックをつけて下さい。

- CT 心エコー 胃カメラ
 MRI 腹部エコー 肺機能検査

CT
1. 頭部 (全脳・脳血管・副鼻腔・頭蓋骨・耳)
2. 頸部 (唾液腺・甲状腺)
3. 胸部 (肺・縦隔・血管・乳腺)
4. 腹部 (肝・胆・膵・腎・副腎・脾・血管)
5. 骨盤 (骨盤部・骨盤骨・股関節)
6. 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙骨・尾骨)
7. 四肢 ()

注:血管は造影が必須です。

MRI
1. 頭部 ※VSRAD検査 <input type="checkbox"/> 要・ <input type="checkbox"/> 否 (全脳+MRA・下垂体・小脳橋角部)
2. 頸部 (頸部・頸部MRA)
3. 胸部 (肺・縦隔)
4. 腹部 (肝・膵・膵胆・MRCP・腹部造影MRA)
5. 骨盤 (子宮・卵巣・前立腺・膀胱・骨盤腔)
6. 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・全脊椎)
7. 四肢 (肩関節・肘関節・手関節・股関節) (膝関節・足関節・下肢MRA/MRV)
8. 体幹部 (体幹部DWIBS)

※この検査における造影剤使用
有() 無

※出力形式 (CD-R出力 フィルム出力)

胃カメラ	抗凝固剤・抗血栓剤の服用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
薬剤名 _____ 服薬中止日 _____ 月 _____ 日 ~ _____		
※病理組織検査を行う為には下記の日数服用を中止していただく 必要があります。		
10日	バファリン81・バイアスピリン・エパデール・パナルジン・プラビックス	
5日	ワーファリン	
2日	プレタール・ペルサンチン・アンプラーグ・ベルラー	
1日	オパルモン	

◇以下の項目にご記入下さい。

- 心臓ペースメーカー (有 無)
 心臓人工弁 (有 無)
 手術クリップ (有 無)
 体内金属 (有 無)
 30分間程度制止 (可 不可)

感染症 有 無
 妊娠 している していない
 薬剤アレルギー
有() 無

◇希望日

第一希望日 月 日 ()
 第二希望日 月 日 ()
 第三希望日 月 日 ()

◇事前に診療録の準備をさせていただきますので、保険情報をお願い致します。
 (基本情報)

氏名			
生年月日	M・T・S・H	年	月 日
(主保険)			
記号		番号	
保険者			
(公費)			
負担者番号		受給者番号	

診療情報提供書

年 月 日

医療法人恒昭会 藍野病院
地域医療連携室

TEL 072-621-1321
FAX 072-627-7633

医療機関名

医師名

電話番号

科 先生

フリガナ		性別	男 ・ 女		
患者氏名					
生年月日	M ・ T ・ S ・ H	年	月	日	(歳)
傷病名	紹介目的				
既往歴・家族歴及び経過・検査結果					
処方・その他					