

検査(放射線)申込書

紹介先

北信総合病院 放射線科
TEL・FAX 0269-22-7859 (直通)

200 年 月 日

紹介元医療機関

所在地

TEL - -

医師氏名

(印)

患 者	<small>フリガナ</small> 氏名	生年月日	M・T S・H	年 月 日	男・女
	住所	TEL 連絡場所TEL - -			

検査項目 *該当項目に○印をつけて下さい。

1. CT	部位 造影	頭部・頸部・胸部・上腹部・骨盤・四肢・脊柱 (CS、TS、LS) その他 () 有・無・適宜
2. MRI	部位	頭部・頸部・内耳・顔面・胸部 (肺・縦隔・心) ・大動脈・上腹部・骨盤・上肢・下肢 関節 () ・頸椎 () ・胸椎 () ・腰椎 () その他 ()
	造影	有・無・適宜
	検査 種類	*指示がある場合はご記入下さい。
3. 超音波	部位	頸部・甲状腺・乳房・腹部・その他 ()
4. RI	部位	脳・脳槽・脳血流 (IMP、ECD) ・肺血流・甲状腺 (Tc-99m、Tl、I-123) ・副甲状腺・(+) 沃素摂取率・肝・脾・肝・胆道・消化管出血・腎 (静態) ・レノグラム・骨シンチ・Gaシンチ
5. 造影剤 使用撮影		IP・DIC・注腸・上部消化管造影 *臨床情報・具体的指示がある場合はご記入下さい。
6. 骨密度 測定	部位	腰椎正面・大腿骨近位端部 (R・L) ・前腕部 (R・L) その他 ()
備考 (アレルギー歴・腎機能異常・喘息等ありましたらご記入下さい。)		
北信総合病院 ID (- -)		

診療情報提供書

傷病名	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
症状経過及び検査結果 (検査結果別紙同封…有・無)	
治療経過	
処方状況	

来院予定日:	月 日 時 分	
保険情報	保険種類: 国保・社保・老人(1割・2割)・公費 / 本人・家族	
	保険者番号	公費負担番号
	記号・番号	受給者番号