

## 練馬志匠会病院 委託検査依頼書

依頼先：〒179-0076 東京都練馬区土支田1-13-20

医療法人志匠会 練馬志匠会病院

地域連携室 行き

TEL：03-6913-2386

FAX：03-6913-3627

|       |                             |                             |       |
|-------|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| 検査予約日 | 年                           | 月                           | 日 ( ) |
|       | <input type="checkbox"/> AM | <input type="checkbox"/> PM | 時 分   |

|      |  |      |                   |
|------|--|------|-------------------|
| フリガナ |  | 性 別  | 男 ・ 女             |
| 患者氏名 |  | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 |
| 患者住所 |  |      |                   |
| 電話番号 |  |      |                   |

|      |                                                                                                                           |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 検査種別 | <input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> M R I (1.5テスラ) <input type="checkbox"/> オープン型M R I (0.3テスラ) ※脊椎撮影のみ |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                       |                                                                                                                                                                           |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 検査部位<br>(全て単純撮影のみです。) | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 骨盤部 |
|                       | <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣                           |
|                       | <input type="checkbox"/> 肩 (右・左) <input type="checkbox"/> 肘 (右・左) <input type="checkbox"/> 上腕 (右・左) <input type="checkbox"/> 前腕 (右・左) <input type="checkbox"/> 手関節 (右・左)  |
|                       | <input type="checkbox"/> 手 (右・左) <input type="checkbox"/> 股 (右・左) <input type="checkbox"/> 股関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝 (右・左) <input type="checkbox"/> 大腿 (右・左)   |
|                       | <input type="checkbox"/> 下腿 (右・左) <input type="checkbox"/> 足 (右・左) <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                       |
|                       | ( C T 検査のみ撮影可 ) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸部～骨盤部                                       |

|      |    |                                                              |
|------|----|--------------------------------------------------------------|
| 検査画像 | 種類 | <input type="checkbox"/> C D - R <input type="checkbox"/> 不要 |
|      | 方法 | <input type="checkbox"/> 患者へ手渡し <input type="checkbox"/> 郵送  |

|      |  |
|------|--|
| 診断名  |  |
| 検査目的 |  |

◎ 下記事項にチェックをお願い致します。

|                   |              |                                                               |
|-------------------|--------------|---------------------------------------------------------------|
| C T ・ M R I<br>共通 | ◎ ペースメーカー    | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ( ) |
|                   | ◎ 手術歴        | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ( ) |
|                   | ◎ 体内金属       | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ⇒ ( ) |
|                   | ◎ 磁気入れ歯      | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有       |
|                   | ◎ 閉所恐怖症      | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有       |
|                   | ◎ 妊娠 (又は可能性) | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有       |

|             |  |       |       |
|-------------|--|-------|-------|
| 【紹介元医療機関情報】 |  | 依頼年月日 | 年 月 日 |
| 医療機関名       |  |       |       |
| 所在地         |  |       |       |
| T E L       |  | 医師名   |       |
| F A X       |  |       |       |

※M R I 検査のご依頼の際は、別紙の「M R I 検査事前チェックリスト」を併せて、F A X でご送付ください。