

* 本用紙を当院連携室 FAX:048-960-2766 にお送りください。
原本は検査当日にお持ちいただくように患者様へお渡し下さい。

診療情報提供書(兼 放射線検査依頼票)

年 月 日

貴院名： 主治医名： 先生

(フリガナ)

患者様名： 様 性別： 男性 ・ 女性

生年月日： 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日

【検査予定：日時】

検査日： 年 月 日 時 分

【依頼検査】(単純検査のみ)

		検査種類	検査部位
☐	①	CT	
☐	②	MRI	
☐	③	骨塩定量測定	☐ 腰椎+大腿骨頸部 ☐ 腰椎のみ ☐ 大腿骨頸部のみ

● 診断名 (『疑い』を含みます)・臨床所見 *検査に際し指示があればご記入下さい。

* 画像データ (CD) お渡し方法：検査終了後、患者様にお渡し致します。読影レポートは後日
配信 (FAX または配達) になります。

= 患者様情報 =

● 検査を適切かつ安全に施行するためご記入をお願い致します。

- ・ 異常 Data 等 ()
- ・ 体内留置物および異物・入れ墨・ネイルアートなど
 - ☐ 埋め込み型ペースメーカ・除細動器 (埋め込み型医療機器)、☐ 磁性金属インプラント
 - ☐ 体内金属、☐ その他 ()
- ・ 骨密度測定に関して・・・腰椎および股関節骨折の既往 (あり ・ なし)