＊本用紙を当院連携室 FAX:048-940-2766 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+大腿骨頚部 □ 腰椎のみ □ 大腿骨頚部のみ

● 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。

●読影　□要　　□不要

＊ 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 ）

〈イムス埼玉越谷病院〉