

# 診療情報提供書（検査機器共同利用依頼用）①放射線・生理検査

紹介先医療機関名 **川崎協同病院** 川崎市川崎区桜本2丁目1-5 TEL044-299-4781

記入日 年 月 日

紹介元医療機関名

住 所

電話番号

医 師 名 印

検査予約日時 年 月 日 時 分

フリガナ

患者氏名 男 ・ 女 年 月 日生

主訴および傷病名

臨床所見および検査目的

ご依頼検査内容	
ご予約の検査と部位に☑をお願いいたします。項目にない部位は余白に記入をお願いします。	
検査	部位
<input type="checkbox"/> 単純 CT [画像+レポート]	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 腹部～骨盤
<input type="checkbox"/> 単純 MRI [画像+レポート]	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤
<input type="checkbox"/> 一般撮影 [画像のみ]	撮影部位と撮影方向の記入をお願いいたします。(例 胸部 2方向) ( )
<input type="checkbox"/> 骨密度測定[レポートのみ]	腰椎・大腿骨の2部位を測定します。
<input type="checkbox"/> 生理検査 [画像+レポート]	超音波 <input type="checkbox"/> 腹部( <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部) <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 下肢血管( <input type="checkbox"/> 動脈 <input type="checkbox"/> 静脈) <input type="checkbox"/> 脳波
<input type="checkbox"/> 生理検査 [レポートのみ]	<input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 負荷心電図 <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> 簡易睡眠時無呼吸検査
結果返し方法	画像のCD-Rとレポートを後日配送いたします。変更の場合は☑してください。 <input type="checkbox"/> フィルムに変更 <input type="checkbox"/> 画像を当日患者に渡す(レポートは後日です)

情報提供書は早めに FAX (044-266-1977) をお願いいたします。