

## 放射線科検査申込書 兼 診療情報提供書 (他院医師記入用)

紹介医療機関

紹介元医療機関

〒110-8645

東京都台東区東上野 2-23-16

ライフ・エクステンション研究所付属 永寿総合病院

代表電話 03(3833)8381

地域医療連携室 03(3833)8897

FAX 03(3834)2351

フリガナ		明・大 昭・平	年	月	日	歳	男・女
患者氏名	殿						
永寿総合病院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 診察券番号:						

検査部位:  にチェックして下さい。

一般撮影	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 2方向 (正面・側面)
	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 4方向 (正面・側面・前屈・後屈)
	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 4方向 (正面・側面・RAO・LAO)
	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 6方向 (正面・側面・RAO・LAO・前屈・後屈)
	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> IVP	
	<input type="checkbox"/> KUB <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ ( <input type="checkbox"/> 両乳房 <input type="checkbox"/> 左乳房 <input type="checkbox"/> 右乳房 )	
	<input type="checkbox"/> 骨塩量	

臨床診断と検査目的:

検査予約日	実施日時	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分
臨床診断名 (必須)							
臨床経過 および 検査理由							

被験者チェックリスト。(依頼医師が記入して下さい。)

① 患者の状態	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
② 感染症	<input type="checkbox"/> MRSA ( + - 不明 ) <input type="checkbox"/> ワ氏 ( + - 不明 ) <input type="checkbox"/> HB ( + - 不明 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
③ 薬でアレルギーを起こしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
④ 消化管に閉塞又はその疑いがありますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり
⑤ 妊娠またはその疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (何か月 月)