

放射線科検査申込書 兼 診療情報提供書 紹介元医師記入用)

紹介先医療機関

〒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附属 永寿総合病院

代表電話 03(3833)8381

地域医療連携室 03(3833)8897

FAX番号 03(3834)2351

紹介元医療機関

〒

住所

医療機関名

電話番号

FAX番号

フリガナ		明・大 昭・平	年 月 日	歳
患者氏名	殿			男・女
永寿総合病院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	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"/> マンモグラフィー	<input type="checkbox"/> 両乳房	<input type="checkbox"/> 左乳房	<input type="checkbox"/> 右乳房)
	<input type="checkbox"/> 骨塩量	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 大腿骨頸部	<input type="checkbox"/> 全身)

臨床診断と検査目的：

検査予約日時	年 月 日 午前・午後 時 分
臨床診断名 【必須入力】	
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妊娠又はその疑いがありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (何ヶ月 月)