

放射線科共同利用検査依頼書（単純CT検査・骨密度検査）

フリーアクセス用/当日持参
西暦 年 月 日

患者様情報

フリガナ 患者氏名		性別 男・女
生年月日	西暦 年 月 日	(歳)
住所	〒 - 電話番号	

紹介元医療機関

名称	
医師名	
TEL・FAX	

*ご依頼の検査と撮影部位のチェックをお願いします。

- CT検査**
 3営業日以内
 翌日FAX
 至急読影

撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 腹部
	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 胸腹部 (2部位検査)
検査目的	検査に対するご要望があれば、併せて記載してください	
装着医療器具	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> ペースメーカー
	<input type="checkbox"/> その他 ()	
注意事項	・共同利用CT検査は単純CT検査のみです。 ・腹部CT検査は4時間前より食事を控えてください。(水・お茶は飲めます) ・造影CT検査やICD移植術後の検査は、医療連携室へご紹介ください。	

- 骨密度検査**
 *解析には身長と体重の数値が必要です (身長: cm・体重: kg)

撮影部位	<input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨…基本検査
	<input type="checkbox"/> 大腿骨…腰椎にインプラントがある場合
	<input type="checkbox"/> 前腕…撮影体位がとれない場合
出力方法	<input type="checkbox"/> 紙
	<input type="checkbox"/> CD-R (DICOM)
	<input type="checkbox"/> 紙・CD-Rの両方
注意事項	・撮影部位にチェックがない場合は腰椎+大腿骨にて検査を行います。 ・出力方法にチェックがない場合は紙・CD-R両方の出力を行います。