

# 放射線科共同利用検査依頼書（単純CT検査・骨密度検査）

<b>フリーアクセス用/当日持参</b>
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

<b>撮 影 部 位</b>	<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)
<b>検 査 目 的</b>	検査に対するご要望があれば、併せて記載してください
<b>装着医療器具</b>	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他 (                                      )
<b>注 意 事 項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 共同利用CT検査は単純CT検査のみです。</li> <li>・ 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)</li> <li>・ 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。</li> </ul>

- 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)

<b>撮 影 部 位</b>	<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
<b>出 力 方 法</b>	<input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> CD-R (DICOM) <input type="checkbox"/> 紙・CD-Rの両方
<b>注 意 事 項</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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。</li> </ul>