

FAX:0577-32-1165

申込日: 年 月 日

医療機関名		TEL	
医師名		FAX	

ふりがな					性別	<input type="checkbox"/> 男性	高山赤十字病院 ID				
患者氏名						<input type="checkbox"/> 女性					
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	歳			
住所						電話番号					
検査希望日時	第1希望	月	日	時頃	第2希望	月	日	時頃			
特記事項											

臨床検査関係	検査項目	<input type="checkbox"/> 超音波検査	<input type="checkbox"/> 病理組織・細胞診検査	<input type="checkbox"/> 肺機能検査	<input type="checkbox"/> 脳波検査
		<input type="checkbox"/> 頸動脈超音波 <input type="checkbox"/> 甲状腺超音波 <input type="checkbox"/> 心臓超音波	<input type="checkbox"/> 病理組織・細胞診検査	<input type="checkbox"/> 単純 (肺気量分画・フローブリュームカーブ) <input type="checkbox"/> 精密 (肺気量分画・フローブリュームカーブ・機能的残気量)	<input type="checkbox"/> 脳波(賦活なし)
放射線関係	検査項目	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> RI(契約機関のみ)	<input type="checkbox"/> 骨塩定量
		<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 () <input type="checkbox"/> 上肢 () <input type="checkbox"/> 下肢 ()	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 認知症頭部 VSRAD <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 () <input type="checkbox"/> 骨盤 () <input type="checkbox"/> 脊椎 () <input type="checkbox"/> 上肢 () <input type="checkbox"/> 下肢 ()	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(IMP) Z-Graph解析 <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(ECD) e-Zis解析 <input type="checkbox"/> ダットシンチ <input type="checkbox"/> 心筋MIBGシンチ H/M比の算出 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿骨
		<input type="checkbox"/> 読影依頼 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> X線撮影(単純)
		<input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> ファイルム	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> ファイルム	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> ファイルム	<input type="checkbox"/> 部位 ()

MRIチェックリスト(医師記載)			検査目的	検査に伴う医療被ばくについて説明し、患者の同意を得ました。(CT・RI検査)
ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	人工弁・人工内耳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
人工関節・人工骨頭 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他体内金属 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	体内金属は? <input type="checkbox"/> 磁性体 <input type="checkbox"/> 非磁性体	病名	
			既往歴	
			連絡事項	
			(必須)	

CD-Rは後日、郵送します。取り急ぎ、CD-Rを希望される場合は、
右欄にチェックをして下さい 手渡しを希望