

(様式第1号)

検査申込書 (FAX用)

依頼元医療機関名 _____

担当医師名 _____

TEL _____ FAX _____

患者情報

患者名			
性別	<input type="checkbox"/>	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>
生年月日	T . S . H . R 年		
病名			
予約日時	R 年 月 日 時		

オーダー内容

(※1) MRI検査の場合は、MRI検査問診票 (様式第2号) を作成。

種類	MRI (※1)	CT	DXA
撮影区分			部位
部位			腰椎
体位	※原則、検査医療機関の判断。特別な理由があれば「撮影コメント」欄に記載。		大腿骨 (R)
方法	単純撮影のみとなります		大腿骨 (L)
撮影コメント			前腕骨 (R)
			前腕骨 (L)
検査目的			
読影の有無	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
患者への説明	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	無 <input type="checkbox"/>
	金属 (MRIのみ) ・ 予約時間 ・ 撮影時間 ・ 閉所 ・ 撮影の中止等		
移動形	<input type="checkbox"/>	独歩 <input type="checkbox"/>	車椅子 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	ストレッチャー <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/>
特記事項	(例) ペースメーカー装着等		

検査医療機関記載欄

患者ID	
当院受診歴	
その他	