

# 検査依頼書（診療情報提供書）

藤枝市立総合病院  
病 院 長 様

次のとおり患者の検査を依頼いたします。

予約日時：	年	月	日（午前・午後）	時	分
-------	---	---	----------	---	---

フリガナ		生年月日	T・S・H・R	年	月	日
患者氏名		性別	男・女	年齢		才
患者住所		電話番号	( )			

※検査を依頼する該当項目に○印をつけて下さい。読影の要・不要も記入して下さい。  
造影検査を申し込まれる場合には「同意書」、「問診票」もご記入の上お持ち下さい。

	検査希望部位	希望データ
1 CT [単純・造影] 読影（要・不要）	脳・眼/眼窩・副鼻腔・唾液腺・甲状腺 頸椎・胸椎・腰仙椎 胸部(肺野/縦隔) 腹部(肝・胆・膵・脾・腎) 骨盤臓器 その他(部位 )	1. DICOMデータ+ビューア 2. DICOMデータのみ 3. 歯科インプラント用 4. その他( )
2 MRI [単純・造影] 読影（要・不要）		
3 一般撮影検査	①骨盤計測 ②その他部位( )	
4 骨密度測定(身長 . cm 体重 . kg)		
5 核医学検査(身長 . cm 体重 . kg) (脳血流シンチ・骨シンチ・レノグラム・ダットスキャン・その他 _____)		
6 マンモグラフィー検査		
7 超音波検査 検査希望部位	〔腹部・心臓・乳腺・甲状腺・唾液腺・皮膚腫瘤・頸動脈・上肢(動脈・静脈) 下肢(動脈・静脈)・その他( )〕	

※ 臨床診断又は紹介目的（CT・MRI・超音波検査・核医学検査では必ずご記載下さい。）

※CT、MRI造影の場合（クレアチニン値： e-GFR値： )

※ 特記事項（アレルギー、読影希望のポイントなど。）

検査依頼日 令和 年 月 日

依頼医 住 所

病医院名

医師名

電話番号

〒

\_\_\_\_\_ (印)

\_\_\_\_\_ ( )

