令和　　年　　月　　日

**阿南病院ＣＴ・ＭＲＩ・骨密度測定　検査依頼書　兼　診療情報提供書**

**依頼医療機関名**

**医師名　　　　　　　　　　　　　㊞**

１．患者情報　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※署名または記名押印をお願いします

|  |  |
| --- | --- |
| 阿南病院　Ｉ　Ｄ（お持ちの場合） |  |
| フリガナ |  | 性別 | 男　　・　　女 |
| 名前 |  | 生年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 電話番号 | 連絡がつく番号を記入 | その他連絡先（必要な場合） |
| ① | ② |
| 住所 |  |

２．検査依頼内容

|  |  |
| --- | --- |
| 検査種 | [ ] 　ＣＴ　　　　・　　　[ ] 　ＭＲＩ　　　・　　　[ ] 　骨密度測定（DEXA法） |
| 予約日時 | 指定日あり | 令和　　年　　月　　日（　）　時　　　分～ | 指定日なし | [ ] 本日　　[ ] 明日　　[ ] 2-3日中　　[ ] 1週間以内　　[ ] 1週間以上先でもいい　[ ] 患者さんの都合でよい |
| 依頼部位 | [ ] 　頭部　[ ] 　胸部　[ ] 　全腹部　[ ] 　腰椎　[ ] 　その他（具体的に下記指示詳細に記入願います） |
| 部位等指示詳細 |  |
| 読影依頼内容 | 検査目的（必ずご記入ください） |
| 既往歴、家族歴、症状経過、治療経過、現在の処方等（必要に応じてご記入ください） |
| FAX返信日 | [ ] 　 | 翌日FAX（読影結果をお急ぎでない場合） | [ ] 　 | 当日FAX（読影結果をお急ぎの場合） |
| 備　考 | [ ] 　ism-Link参照　　[ ]  DVD要 |

※　基本的に当院の標準的撮影方法で検査を行います。なお、特別な指示等がある場合は、部位等指示詳細へ記入願います。

※　骨密度測定は腰椎、両股関節を測定します。手術等により測定部位に金属がある場合は測定できません。

※　本検査依頼書をFAXしていただき、送った旨のTELをお願いします。（MRIは本書と問診票もFAX願います）

　　FAX：0260-22-2131　　TEL：0260-22-2121　　地域連携室（内線：372　）

※　CT・MRI・骨密度測定の検査予約時間は、平日 9：00～16：00(当日検査可) の間でお願いします。

※　FAX返信日のどちらかを選択願います。選択がない場合、翌日（金曜検査の場合は翌週月曜）に返信します。