依頼日　平成　　年　　月　　日

大館市立扇田病院　　　　　　　　　　　　　　　　　**FAX番号　0186-55-1028**

**医療機器共同利用　ＣＴ・ＭＲＩ　検査依頼書**

※ＣＴ・ＭＲＩのどちらかに○をつけてください。

|  |
| --- |
| **検査希望日　　　月　　　日（　　）　　希望時間　（　　　　～　　　　　）** |
| 患者氏名 | フリガナ | 当院の受診歴（有　・　無　・不明）　患者ＩＤ（　　　　　　　　　　） |
| 　　　　　　　　　　　　　　　様 |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日　（　　歳） | 性別　　　　　男　・　女 |
| 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 | 電話　　　　（　　　）　　　　　その他連絡先　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 紹介元医療機関名 |  | TEL | 　　　-　　　- |
| 所在地 |  | FAX | 　　　-　　　- |
| 医師名 | 　　　　　　　　　　　　　　 |

**※依頼するにあたり、下記①、②の有無に○を付けていただきますようお願いします。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **①** | 金属等 | （有・無） |  | **③** | 妊娠 | （有・無） |

撮影部位にチェックを付けていただき、部位・内容について詳細記入をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 撮影部位 | □　頭部□　頚部□　胸部□　腹部（横隔膜～腎下極）□　骨盤部部位・範囲（骨・軟部）を記載ください。□　上肢(R・L、範囲　　　　　　　　　）□　下肢(R・L、範囲　　　　　　　　　)□　脊椎（頚部・胸椎・腰椎・仙尾骨）□　その他（　　　　　　　　　　　　　） | 診断名・主症状・撮影目的・撮影条件指示**※どちらかにチェックをお願いします。** |
| **読影レポート** | □　要 | □　不要 |