

医療法人はるか 聖ヨハネ病院 医療機器共同利用 検査依頼書

外来【FAX：093-663-1181】

依頼元 情報	医療機 関名	() () 科)	TEL		ご担当者
			FAX		部署名： 氏名：

受診者 情報	(フリガナ)		男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)
	氏名					

予約方法	電話（予約日： 年 月 日） / FAX予約（希望日： 年 月 日）
------	------------------------------------

検査	CT	MRI	上部内視鏡	超音波
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 椎体 () <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 下肢静脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 頸部

診断名		目的	
-----	--	----	--

確認事項	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	ペースメーカー、ICDなどの体内埋込型人工医療機器
	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	体内金属（ステント、人工関節など）
	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	妊娠
	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	閉所恐怖症
	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	医薬品・食品のアレルギー（)
	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	

病歴	病名：	治療内容：
	病名：	治療内容：

※造影CT、造影MRI検査は承っておりません。

※検査の注意事項については、依頼元医療機関にて説明をお願いいたします。