

西澤整形外科クリニック 画像検査依頼用紙

依頼医療機関名
依頼医師氏名
先生
電話番号 — —

※ボールペンで記入してください（鉛筆不可）

問合わせ先：西澤整形外科クリニック 放射線課
電話番号 0564-58-2438

患者様情報	フリガナ		男 ・ 女	管理用ID（記入しないでください）	
	患者氏名				
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生（ 歳）			
	住所		電話番号		
検査の依頼内容	検査予約日	年 月 日（ ） 時 分（検査開始）			
	MRI	<input type="checkbox"/> ルーチン <input type="checkbox"/> 指定（オプション） <input type="checkbox"/> 一任（当院の撮像プロトコルに準ずる） 部位 頭 部【 <input type="checkbox"/> 全脳 <input type="checkbox"/> 全脳（MRA不要） <input type="checkbox"/> その他（ ）】 脊 椎【 <input type="checkbox"/> 頸髄 <input type="checkbox"/> 胸髄 <input type="checkbox"/> 腰髄 <input type="checkbox"/> その他（ ）】 関 節【 <input type="checkbox"/> 股関節（両・右・左） <input type="checkbox"/> 膝関節（右・左） <input type="checkbox"/> 肩関節（右・左） <input type="checkbox"/> 四肢関節（ ）】 その他【 <input type="checkbox"/> 腫瘍（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）】 追加オプション、撮像指定等は下欄にご記載ください			
	注意すべき 既往歴 現病歴				
	備考	<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症あり			

※空欄は記入、□は該当するものに✓を入れて下さい
 ※医師、または医療機関スタッフによるご記入をお願いします
 ※検査後はコピーをお渡ししますのでご依頼元医療機関にて管理・処分をお願いします