放射線科検査依頼票

鳥取県立厚生病院　患者支援･地域連携センター　宛

FAX(0858)22-8210

年　　月　　日

<table>
<tr><td colspan="2">フリガナ
患者氏名　　様
住所　〒

電　話　番　号（　　）　　－</td><td colspan="3" rowspan="4">貴院名　・　医師名</td></tr>
<tr><td>生　年　月　日
（　男　・　女　）</td><td>大　・　昭　・　平　・　令
年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>保 険 者 番 号</td><td></td></tr>
<tr><td>記　号　・　番　号</td><td></td><td>公費負担者番号</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>資格取得年月日</td><td></td><td>公費受給者番号</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>被保険者氏名
（　続　柄　）</td><td></td><td>資格取得年月日</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">CT</td><td colspan="4">＜部位＞</td></tr>
<tr><td colspan="4">□単純　　□併用　　検査実施日：
（造影の場合はクレアチニン値をお知らせください　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">MRI</td><td colspan="4">＜部位＞　　＜ペースメーカー＞　□有　□無</td></tr>
<tr><td colspan="4">□単純　□併用　〔□通常の造影剤　□SPIO　□EOB　〕
□MRCP　□MRA　　検査実施日：
（造影の場合はクレアチニン値をお知らせください　　）</td></tr>
<tr><td>RI</td><td colspan="4">□骨シンチ　□ガリウムシンチ　脳血流シンチ(負荷なし)
□（　　）シンチ　（□ 123 I-IMP（ 3D-SSP解析）
□ 99m Tc-ECD（ eZIS解析 ））</td></tr>
<tr><td rowspan="2">骨密度</td><td colspan="4">＜部位＞　大腿骨付近の骨折歴や金属等が入ってない部位にチェックをお願いします
①腰椎+大腿骨頸部（□左　□右）　②腰椎のみ　③大腿骨頸部のみ（□左　□右）</td></tr>
<tr><td colspan="4">8:30～10:30　月・水・金のみ（30分枠）</td></tr>
<tr><td>希望日</td><td colspan="4">①　　年　　月　　日（　　）
②　　年　　月　　日（　　）
③　　年　　月　　日（　　）</td></tr>
</table>

〇お電話でお申し込み頂いた場合でも、後ほど**診療情報提供書**と併せてFAXして頂きますようお願い致します。
〇ご不明な点は下記までお問い合わせください。

鳥取県立厚生病院
患者支援･地域連携センター

電話（0858）22－8181（内線5160）
FAX（0858）22－8210（直通）
平日　8:30～17:00（土日祝休み）