

- お電話でお申し込み後に、本紙を下記のFAX番号へ送信してください。
後程、貝塚病院地域連携室より御確認のお電話をさせていただきます。
- 連絡先 〒812-0053 福岡市東区箱崎 7-7-27 (医) 貝塚病院 地域医療連携室
TEL 092-632-3333 /FAX 092-632-3337 お申し込み時に「検査施設提供」の旨をお申し出ください。

検査依頼書 (兼診療情報提供書)

年 月 日

貴医療機関名		TEL	FAX
医師名	ご担当者 (当院から受付確認の折り返し電話に御対応していただく方)		
(フリガナ) 患者様氏名	男 女	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	
患者様ご住所			
TEL			
検査希望日	月 日 ()	曜日	時 分頃 (未定の場合は当院で調整します)
傷病名			
既往歴・家族歴			
症状経過・治療経過 (画像撮影希望で詳細な指示がある場合は、症状経過と一緒にご記入ください)			

- 検査項目、報告方法などについてレ点をご記入ください

<input type="checkbox"/> CT (検査部位の造影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> その他 ()	画像報告方法 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> DVD-R <input type="checkbox"/> 至急→当日中に貴院までお届け (但し、時間外となる場合があります) <input type="checkbox"/> 通常→報告媒体作成後に貴院までお届け
<input type="checkbox"/> MRI (検査部位の造影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳房 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 腹部・骨盤 (<input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 骨盤) <input type="checkbox"/> 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎) <input type="checkbox"/> 関節 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) (<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足) <input type="checkbox"/> その他 ()	以下の事象がないことをご確認下さい。 ある場合やご不明な点は、事前にご連絡下さい。 ※CT・MRI検査共通 <input type="checkbox"/> 妊娠 ※造影CT・造影MRI検査共通 <input type="checkbox"/> アレルギー (食物、薬物：) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 腎機能障害
<input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> その他 ()	※MRI検査 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー、人工内耳 <input type="checkbox"/> 磁性体の人工心臓弁・脳動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> 磁性体の整形外科的的金属 <input type="checkbox"/> 刺青 (タトゥー) <input type="checkbox"/> その他体内金属 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 (ある場合、鎮静剤持参頂くと助かります)
<input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 食道・胃・十二指腸 <input type="checkbox"/> 大腸 (検査前受診必要)	

※ 中学生未満の患者様は、御対応が出来かねる場合がございますので、予めご連絡ください。