

# 検査依頼書

令和 年 月 日

医療法人彰療会 **大正病院**  
06-6552-0621(代表)

FAX:(06)6556-0755(地域医療連携室)  
TEL:(06)6556-0757(地域医療連携室直通)

患者様をご紹介いただきありがとうございます。  
お手数ですが、下記の枠内にご記入及び、□に✓をつけてFAXにてご返信ください。  
なお、申し込み後に変更・キャンセル等があった場合は、大正病院地域医療連携室へご連絡ください。

## 〈 医療情報 〉

貴院名	医師名
臨床診断・主要症状・検査目的(略語を使用せず、できるだけ詳しくご記入ください。)	

## 〈 検査情報 〉

<input type="checkbox"/> 一般撮影 詳細	<input type="checkbox"/> 骨密度検査 (検査結果は、用紙で貴院1部と患者1部をお渡しします。) <input type="checkbox"/> 腰椎と股関節 / <input type="checkbox"/> 腰椎のみ(両股関節に手術歴) / <input type="checkbox"/> 股関節のみ(腰椎に手術歴) ※ 腰椎 手術歴 ( 無 ・ 有 ) / 股関節 手術歴 ( 無 ・ 左脚あり ・ 右脚あり )
<input type="checkbox"/> MRI 検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 (MRA含) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> _____ 関節 <input type="checkbox"/> _____ 部 <input type="checkbox"/> _____ 骨 <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]	<input type="checkbox"/> CT 検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]
※CT検査とMRI検査は、以下の項目にチェックを入れて下さい。尚、その他の検査は、画像と記録にチェックを入れて下さい。	
造 影 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> ダイナミック	画 像 <input type="checkbox"/> 当日患者お持帰り <input type="checkbox"/> 後日持参又は郵送
所 見 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要	記 録 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム

## 〈 保険情報 〉

受診歴 <input type="checkbox"/> 当院に受診中または受診したことがある <input type="checkbox"/> 当院の受診は初めて	
フリガナ	性 別   生 年 月 日
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭   年   月   日 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令
フリガナ	電 話 番 号
現住所	
保険者番号	記号・番号   本・家   老健負担割合
	<input type="checkbox"/> 本人   割 <input type="checkbox"/> 家族
公費負担者番号	受給番号   減免   開始日   終了日
	有 無   年 月 日   年 月 日