

高度医療機器利用申込書兼診療情報提供書

(エコー・乳房撮影・骨塩定量検査)

令和 年 月 日

依頼元病院・診療所名

依頼元医師ご氏名

連絡先 FAX — — TEL — —

●患者様情報

フリガナ		男 ・ の 女 他	大正・昭和・平成・令和
患者様氏名			年 月 日生
患者様電話番号	()	身長	cm 体重 kg
検査希望日時	本日(エコー)・		
病名または疑診名 日本語でお願いします			

●検査依頼目的と臨床所見(必ずご記入ください。)

撮影方法および部位を○で囲んでください。

超音波検査

午前外来枠	午後外来枠
上腹部	乳腺
下腹部	頸部
上・下腹部	甲状腺・副甲状腺
肝造影エコー	軟部組織
	乳腺造影エコー
	下肢動脈
	下肢静脈
	その他

乳房撮影

予約可能検査
両乳房+両スポット
患者様の状態 ↓
豊胸術 : 無・有
ペースメーカー: 無・有
V-Pシャント: 無・有
妊娠の可能性: 無・有

骨塩定量検査

<複数部位選択可>
全身骨
腰椎(正面・側面)
大腿骨頸部(右・左・両)
人工骨頭股関節(右・左)
前腕(右・左・両)

骨塩定量検査は紙でのプリントになります

○お申し込み受付後、地域連携室より「検査予約票」を返送いたします。到着後、お手数ですがそちらを患者様へお渡しください。また、肝造影エコーの場合は、別途「造影剤投与の同意書」もご用意ください。

●中央病院処理欄

患者ID	使用歴あり・新規	—	—
検査	月 日 () 時 分～	月 日 受付	