

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:

依頼元医師氏名:

連絡先: FAX - - TEL - -

●患者情報

フリガナ			男 ・ 女 他	大正・昭和・平成・令和		
患者氏名				年	月	日生
住 所			身長	cm	体重	kg
患者電話番号	()	緊急連絡先・氏名	()			
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。)

検査項目を○で囲んでください。

超音波検査

検査項目	
上腹部	頸部
肝線維化・ 脂肪化評価	甲状腺・副甲状腺
	乳腺
肝造影エコー	乳腺造影エコー
下腹部	軟部組織
上・下腹部	
下肢動脈	その他:
下肢静脈	()

乳房撮影

検査項目
両乳房 + トモシンセシス
患者の状態 ↓
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 (複数選択可)

検査項目
全身骨
腰 椎 (正 面)
大腿骨頸部 (右・左・両)
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、地域医療連携室より「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さんへお渡しください。また造影エコーの場合は、「造影剤投与に関する同意書」にて同意を得てください。
- 本申込書により撮影した情報は、当院保有の個人情報となるため、法的提供、カルテ開示等に利用されますのでご注意ください。

●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