

② 検査依頼票

※各医療機関 予約担当の方へ

この用紙の **太枠内** を記入の上、当院までFAXしてください

【検査予約日時】

_____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

紹介医療機関名
TEL _____ 担当医師名 _____

【患者様情報】

南堺病院ID: _____

フリガナ		性別	男 ・ 女
患者氏名			
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 歳)	電話番号	- -

【検査内容】

※造影検査・MRI検査の場合

別紙③造影CT・単純/造影MRI検査問診票記入ください

検査項目 (1つに○をつけてください)	CT ・ MRI ・ その他 ()																													
検査手法 (未記入の場合は単純)	単純 ・ 造影 (造影・MRI検査の場合別紙問診票記入ください)																													
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"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他椎体 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> その他上肢 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> その他下肢 <input type="checkbox"/> その他部位()																													
検査目的詳細 (必ずご記入ください)																														
画像データ 提供方法	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム ※チェックがない場合はCD-Rで提供させていただきます																													
使用薬剤	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">頭部</th> <th style="width: 15%;">胸部</th> <th style="width: 15%;">腹部</th> <th style="width: 15%;">その他</th> <th style="width: 15%;">Film・CD枚数</th> <th style="width: 10%;">検査担当技師</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> オムニパーク300 100mL 1本</td> <td>120kV</td> <td>120kV</td> <td>120kV</td> <td>kV</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">枚</td> <td rowspan="4"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> オムニパーク350 100mL 1本</td> <td>250mA</td> <td>250mA</td> <td>250mA</td> <td>mA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ポーステル 250mL 1袋</td> <td>4.0mm</td> <td>5.0mm</td> <td>5.0mm</td> <td>mm</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他()</td> <td>2.0sec</td> <td>6.0sec</td> <td>9.0sec</td> <td>sec</td> </tr> </tbody> </table>		頭部	胸部	腹部	その他	Film・CD枚数	検査担当技師	<input type="checkbox"/> オムニパーク300 100mL 1本	120kV	120kV	120kV	kV	枚		<input type="checkbox"/> オムニパーク350 100mL 1本	250mA	250mA	250mA	mA	<input type="checkbox"/> ポーステル 250mL 1袋	4.0mm	5.0mm	5.0mm	mm	<input type="checkbox"/> その他()	2.0sec	6.0sec	9.0sec	sec
	頭部	胸部	腹部	その他	Film・CD枚数	検査担当技師																								
<input type="checkbox"/> オムニパーク300 100mL 1本	120kV	120kV	120kV	kV	枚																									
<input type="checkbox"/> オムニパーク350 100mL 1本	250mA	250mA	250mA	mA																										
<input type="checkbox"/> ポーステル 250mL 1袋	4.0mm	5.0mm	5.0mm	mm																										
<input type="checkbox"/> その他()	2.0sec	6.0sec	9.0sec	sec																										