

検査依頼書

FAX : 06-6327-5550

〒

貴院名 _____ 住所 _____

依頼医 _____ TEL _____ FAX _____

患者様の情報

フリガナ	生年月日	M・T・S・H	年	月	日
氏名	年齢	才	性別	男・女	
	身長	cm	体重	kg	
患者様の状態	独歩・車イス		その他特記事項		

希望検査

<input type="checkbox"/> CT	撮影希望部位	下肢血管超音波 (ASO・DVT)	
<input type="checkbox"/> MRI	脊柱 (頸椎・胸椎・腰椎)	腹部 ()	
<input type="checkbox"/> 超音波検査	頭部 頸部 胸部 股関節	その他()	
<input type="checkbox"/> DEXA	<input type="checkbox"/> ABI	<input type="checkbox"/> ホルター心電図(専門医判定 要・不要)	

検査目的

※診断の精度向上のため、詳細にご記入ください。

<input type="checkbox"/> スクリーニング
<input type="checkbox"/> フォローアップ
<input type="checkbox"/> 精密検査
<input type="checkbox"/> その他

病状・既往歴

<input type="checkbox"/> 検査値異常 (あり・なし)
<input type="checkbox"/> 身体所見 (あり・なし)
<input type="checkbox"/> その他詳細

検査希望日時

※予約の空き情報を確認後、こちらからご連絡いたします。

第一希望	月	日	()	時	分
第二希望	月	日	()	時	分
第三希望	月	日	()	時	分