

委託検査依頼書

年 月 日

委託先医療機関

医療機関名

瀬口脳神経外科病院

電話番号 () -

担当医 宛

FAX番号 () -

担当医師名

患者様情報

フリガナ		性別	生 年 月 日		
氏 名		男・女	大正	昭和	年 月 日
			平成	令和	
住 所					
電話番号 (連絡がとれる番号) () -					

疑い病名、既往歴、症状経過、診療経過等を明記してください。

(必要な項目を1つチェック又は○でかこんで下さい、四肢は左右のどちらかを)

検査項目	<input type="checkbox"/> MRI (3.0T)		読影 (有 ・ 無)		
	<input type="checkbox"/> C T (16列MDCT)		読影 (有 ・ 無)		
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脳MRA <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (上腹部 ・ 下腹部)				
	関節	<input type="checkbox"/> 右	肩 ・ 肘 ・ 手 ・ 股 ・ 膝 ・ 足		
		<input type="checkbox"/> 左			
	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他()				
生理検査	<input type="checkbox"/> 頸動脈エコー	<input type="checkbox"/> 心臓エコー	<input type="checkbox"/> 下肢エコー(動脈 ・ 静脈)		
	<input type="checkbox"/> 甲状腺エコー	<input type="checkbox"/> 腹部エコー	<input type="checkbox"/> 神経エコー()		
	<input type="checkbox"/> 脳波	<input type="checkbox"/> ホルター心電図			

詳細な指示内容
