

放射線科共同利用検査依頼書（単純CT検査・骨密度検査）

フリーアクセス用／当日持参

西暦 年 月 日

患者様情報

フリガナ 患者氏名		性別 男・女
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	
住所	〒 電話番号	

紹介元医療機関

名称	
医師名	
TEL・FAX	

※ご依頼の検査と撮影部位のチェックをお願いします。

CT検査

撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 腹部
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 胸腹部（2部位検査）
検査目的	検査に対するご要望があれば、併せて記載ください	
装着医療器具	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> ペースメーカー
	<input type="checkbox"/> その他	
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> 共同利用CTは単純CT検査のみです。 腹部CT検査は4時間前より食事を控えてください。（水・お茶は飲めます） 	

骨密度検査

※解析には身長と体重の数値が必要です（身長： cm・体重： kg）

撮影部位	<input type="checkbox"/> 腰椎+大腿骨…基本検査
	<input type="checkbox"/> 大腿骨…腰椎にインプラントがある場合
	<input type="checkbox"/> 腰椎…両大腿骨にインプラントがある場合
	<input type="checkbox"/> 前腕…撮影体位がとれない場合
出力方法	<input type="checkbox"/> 紙
	<input type="checkbox"/> CD-R (DICOM)
	<input type="checkbox"/> 紙・CD-Rの両方
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> 撮影部位にチェックがない場合は腰椎+大腿骨にて検査を行います。 出力方法にチェックがない場合は紙・CD-R両方の出力を行います。