

検査依頼票(横浜東邦病院行き)

記載年月日: 令和 年 月 日

医事課 FAX 045-715-3056

クリニック名: _____

- 1、希望する検査にチェックを入れてください。
- 2、検査結果は当日お渡しします。また当院放射線科医による読影希望の方は一週間後に結果を郵送致します。

- CT**
- ☐ 頭部
 - ☐ 胸部
 - ☐ 上腹部
 - ☐ 腹部～骨盤腔
 - ☐ 骨盤腔
 - ☐ 他部位コメント

* 腹部は前食抜き。

エコー

- ☐ 腹部 * 要予約(検査当日絶食。)
- ☐ 心臓部 * 混雑状況により予約もあり得る
- ☐ 頸動脈 * 混雑状況により予約もあり得る
- ☐ 下肢動脈 * 混雑状況により予約もあり得る
- ☐ 下肢静脈 * 混雑状況により予約もあり得る

検査

- ☐ CAVI/ABI
- ☐ 心電図
- ☐ スパイロ
- ☐ アミノインデックス(AICS、AIRS)
- * 要予約(注意事項・問診あり。)

- MRI**
- ☐ 頭部
 - ☐ 頸椎
 - ☐ 胸椎
 - ☐ 腰椎
 - ☐ 股関節(右・左)
 - ☐ 膝関節(右・左)
 - ☐ 足関節(右・左)

TV

- ☐ 胃バリウム * 朝飲食抜き。(午前のみ)
- * 当院にて問診あり

骨密度測定 ☐ DEXA(腰・股関節)

- ☐ 肩関節(右・左)
- ☐ 肘関節(右・左)
- ☐ 手関節(右・左)
- ☐ 他部位コメント

(混雑状況により多少待ちあり)

- X-P**
- ☐ 胸部
 - ☐ 腹部
 - ☐ 脊椎全長
 - ☐ 下肢全長
 - ☐ 他部位コメント

読影 ☐ 有り ☐ 無し

CD-R複数枚希望 ☐ _____ 枚

名前 _____ 性別 (男・女)

生年月日 (M・T・S・H) _____

住所 _____

病名・症状 _____

検査日 令和 年 月 日 : ~

本人サイン _____

CT・MRI・XP・TV・骨密度⇒070-5581-6373

エコー・検査⇒070-5556-7237

※繋がらない場合⇒045-741-2511(代表)

○労務災害で受診をされる方はあらかじめ6号様式のご案内をお願い致します。

○自賠責で受診をされる方は保険会社へ事前連絡をお願い致します。