

放射線科検査依頼票

鳥取県立厚生病院 患者支援・地域連携センター 宛

FAX(0858)22-8210

年 月 日

フリガナ 患者氏名 住所 〒 電話番号 () -	貴院名・医師名		
生年月日 (男・女)	大・昭・平・令 年 月 日(歳)		
保険者番号			
記号・番号	公費負担者番号		
資格取得年月日	公費受給者番号		
被保険者氏名 (続柄)	資格取得年月日		
CT	<部位>		
	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 併用	検査実施日: (造影の場合はクレアチニン値をお知らせください)
MRI	<部位> <ペースメーカー> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 併用 <input type="checkbox"/> MRA	[<input type="checkbox"/> 通常の造影剤 <input type="checkbox"/> SPIO <input type="checkbox"/> EOB] 検査実施日: (造影の場合はクレアチニン値をお知らせください)
RI	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> ()シンチ	<input type="checkbox"/> ガリウムシンチ 脳血流シンチ(負荷なし) (<input type="checkbox"/> 123 I-IMP (3D-SSP解析) <input type="checkbox"/> 99m Tc-ECD (eZIS解析)	
骨密度	<部位>		
	①腰椎+大腿骨頸部 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) ②腰椎のみ ③大腿骨頸部のみ (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) 8:30~10:30 月・水・金のみ (30分枠)		
希望日	①	年 月 日()	
	②	年 月 日()	
	③	年 月 日()	

○お電話でお申し込み頂いた場合でも、後ほど診療情報提供書と併せてFAXして頂きますようお願い致します。

○ご不明な点は下記までお問い合わせください。

鳥取県立厚生病院
患者支援・地域連携センター

電話(0858)22-8181(内線5160)
FAX(0858)22-8210(直通)