

宇陀市立病院 検査依頼書(FAX 専用)

医療機関名 : 医師氏名

所在地 : 〒 -

電話 : ( ) FAX : ( )

患者様の情報

フリガナ			
患者氏名	性別(男・女)	生年月日	年 月 日 ( 歳)
患者住所	電話番号		
身長	Cm	体重	Kg

※MRI・CT・骨粗検査の場合には患者の身長、体重が必要になります。

※造影検査には、過去3か月以内のクレアチニン値が必要となります。

検査・部位などを○でお選びください。

- CT 検査 【頭部・頸部・胸部 腹部・骨盤・その他】 (単純・造影)  
(その他の部位: )
- MRI 検査 【頭部 頸部・胸部・腹部・骨盤・頸椎・胸椎・腰椎・その他】 (単純・造影)  
(その他の部位: )  
MRA
- 大腸ファイバー (事前内科診察必要)
- 骨密度測定検査 【腰 椎 ・ 腰椎+股関節】  
( )
- トレッドミル検査 Bruce. Modified Bruce. Manual.  
Target heart Rate ( ) /min
- 超音波検査 腹部・心臓・体表 (甲状腺・頸部・乳房) ・頸動脈・血管 (静脈・動脈)
- ホルター心電図
- 脳波検査
- 動脈硬化検査 PWV
- 吸機能
- InBody (体成分分析装置)
- その他

※ 臨床症状等

読影の有無 ( 要 ・ 不要 )

備考 (都合の悪い日などありましたらご記入ください)