

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。

1. 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:)

2. 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 【要・不要】

3. 大腸ファイバー (事前内科診察必要)

4. 骨密度測定検査 【腰 椎 ・ 腰椎+股関節】
()

5. トレッドミル検査 Bruce. Modified Bruce. Manual.
Target heart Rate () /min

6. 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)

7. マンモグラフィー検査 (両) 乳房 2 R (C C ・ M L O) (両) 乳房 トモセット 2 R

8. ホルター心電図

9. 脳波検査

10. 動脈硬化検査 PWV

11. 呼吸機能

12. InBody (体成分分析装置)

13. 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)