

受託検査依頼申込FAX送信票

貴医療機関			
医師ご氏名	先生		
ご住所	〒		
TEL	TEL	—	—
FAX	FAX	—	—

ふりがな			
患者氏名			
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	性別	男・女
現住所・電話番号	〒 —		
	TEL — —		
受診歴	有 ・ 無		
当院診察券番号	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

※当院診察券番号がお分かりでしたらご記入ください。

ご紹介目的	※当日は簡単な診療情報提供書をご持参下さい。		
検査希望日	第一希望	月 日	(曜日)
	第二希望	月 日	(曜日)

受託検査内容	部位・条件等 (○をお付けください)	検査結果
M R 検査	頭頸部 脳・頭部MRA・甲状腺・副甲状腺・その他 ()	CD-R ・ フィルム ※ご希望されるものに○をお付け下さい
	胸腹部 胸部・腹部・その他 ()	
	脊椎系 頸椎・胸椎・腰椎/頸髄・胸髄・腰髄/その他 ()	
	その他	
*手術クリップ (有・無) *体内金属片 (有・無) *人工内耳 (有・無) *心臓ペースメーカー (有・無) *体内除細動器 (ICD) (有・無) *心臓人工弁 (有・無) *可動義眼 (有・無) *閉所恐怖症 (有・無) *刺青 (有・無) *妊娠 (有・無) *その他 ()		
C T 検査	頭部・頸部・腹部・胸部・その他 ()	CD-R
	*心臓ペースメーカー・体内除細動器 (ICD) (有・無) *妊娠 (有・無)	
脳波検査	賦活なし・過呼吸賦活・光刺激賦活・光刺激賦活/過呼吸賦活	CD-R
神経伝導速度	正中神経 (右・左) (MCV・SCV) ・ 尺骨神経 (右・左) (MCV・SCV)	結果用紙
	脛骨神経 (右・左) (MCV) ・ 腓腹神経 (右・左) (SCV)	
骨塩定量	腰椎・その他 ()	結果用紙
	*RI または消化管造影検査過去1週間以内 (有・無) *妊娠 (有・無)	