

# 検査依頼申込書(診療情報提供書)

※事前にFAXにて送付をお願い致します。

**FAX 044-277-5747**

医療法人社団 葵会

AOI国際病院 地域医療連携室 宛

依頼元医療機関の名称および住所

医師氏名

(フリガナ)		男	生年月日	明・大・昭・平
患者氏名		女		年 月 日( 歳)
検査予定日			当院受診歴	有・無
令和 年 月 日( 曜日)			時 分	

病名・主訴・検査依頼目的等(検査要望部位など、出来るだけ詳細にご記入ください)

※ご希望の検査、また各該当項目に、チェックまたは○印をお願いします。

CT (単純・造影) 頭頸部 胸部 腹部 四肢 骨部 デンタルCT

MRI (単純・造影) 頭部 頸部 胸部(縦隔・胸骨・乳房) 腹部 / 骨盤腔 四肢(検査部位) 脊椎 / 脊髄(頸椎・胸椎・腰椎・仙骨)

※身体内の金属については、別途ご連絡ください。

※身長 \_\_\_\_\_cm / 体重 \_\_\_\_\_kg

【生理検査】

心電図

骨密度(DEXA法)

エコー

腰椎 大腿 腰椎/大腿

ホルター心電図

※読影は必要ですか

必要 不要(後日CD-Rのみお届け) 不要だが当日CD-Rを患者にお渡りする

～ お願いします ～

検査当日は ①保険証 ②診察券(当院に受診歴のある方)③本書(検査依頼申込書)をお持ちのうえ  
検査予約時間30分前までに、総合受付にお越しくださるようお願いいたします。