

遠隔画像診断依頼書

<input type="checkbox"/> 通常依頼	
<input type="checkbox"/> 至急依頼	

検査日	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 西暦			
	年	月	日		
モダリティ					
担当医師					
患者様名	右上に記載のため省略				

氏名	
生年月日	年 月 日
年齢	
性別	男 ・ 女

部位	<input type="checkbox"/> 頭部	(<input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 小脳	<input type="checkbox"/> 脳幹	<input type="checkbox"/> 副鼻腔)	
	<input type="checkbox"/> 頸部	(<input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 甲状腺				
	<input type="checkbox"/> 腹部	(<input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆	<input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 膵	<input type="checkbox"/> 腎	<input type="checkbox"/> 副腎)	
	<input type="checkbox"/> 脊椎	(<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙椎)		
	<input type="checkbox"/> 胸部	(<input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 大血管	<input type="checkbox"/> 肺)		
	<input type="checkbox"/> 骨盤	(<input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 直腸)	
	<input type="checkbox"/> その他	()					
造影剤	<input type="checkbox"/> 使用	使用薬剤	ガドペンテ酸メグルミン静注液37.14%シリンジ15mL「F」 1本				

診断医向コメント欄

送信日	年 月 日	返信チェック日	年 月 日
-----	-------	---------	-------

注意: この用紙は、読影医が画像診断を行う際に必要な情報となりますので、黒いペンなどでハッキリ わかりやすくご記入くださいますようお願い致します。