

診療情報提供書 (X線検査依頼書)

医療法人社団善仁会 小山記念病院

依頼元医療機関名

担当 先生御侍史

依頼医師名

予約日時 年 月 日 (曜日)

午前 ・ 午後 時 分

フリガナ :		生年月日 :	年 月 日
患者氏名 :	様 (男 ・ 女)	電話番号 :	
住所 :			

傷病名

検査目的 (できるだけ詳細に記入してください)

既往歴

現在の処方及び詳細指示

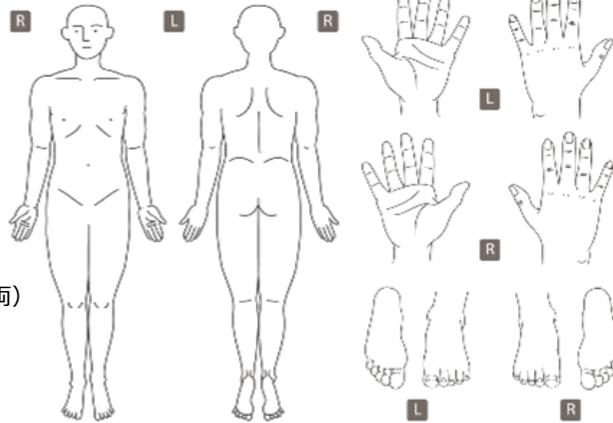
外固定 (あり ・ なし)

検査依頼

*必要であればシェーマを活用ください

X線検査

- 胸部 胸部 (正面 ・ 正面側面)
- 腹部 立位 ・ 臥位
- 頭部 頭部 眼窩・副鼻腔 内耳
- 脊椎 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 仙骨
- 頸部 頸部軟線
- 四肢 部位 () (みぎ・ひだり・両)
- その他の部位 部位 ()



【検査を安全に施行するため、必ずご確認いただき下記にチェックをお願いします】

- 妊娠の可能性がない
- X線で不具合の起こる可能性がある電子機器を留置、装着していない

画像データのお渡しはCD-Rとさせていただきます。データの閲覧が困難な場合は当院にお問い合わせください。

読影レポート不要 (不要の場合のみチェックしてください)