

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

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

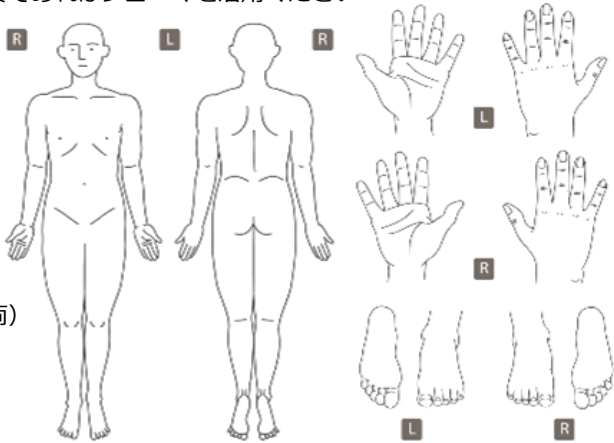
外固定（あり ・ なし）

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、必ずご確認ください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）