

単純撮影検査申込書 (FAX専用)

依頼元医療機関
担当医お名前
住 所 〒
電話番号 FAX 番号

検査希望日時： 月 日 午前・午後 時 分 (平日午前9時～午後4時30分までの間で記入してください。)

◆ 患者情報を記入してください

患者氏名 (フリガナ)： _____ (_____) (男・女)

生年月日： H _____ 年 月 日

電話番号： _____ (_____)

当院の診察券番号： _____ (お持ちの方のみ)

参考資料 (X線写真、CTフィルムなど)： 有 ・ 無 (有の場合は患者様にお渡してください。)

疾患名： _____

主 訴： _____

検査目的・臨床情報： _____

◆ [撮影希望部位] 希望部位・方向に○を付けてください。

下記に記載のない部位・方向については、ご希望の内容を最下段にご記入ください。

頭 部	頭部 () 方向 A→P・P→A・R→L・L→R・タウン 鼻骨 () 方向 () 副鼻腔 () 方向 正面・ウォーター
体幹部	胸部 () 方向 正面・R→L・L→R 腹部 立位・臥位・側面・KUB 股関節 両・R・L・その他 () 肋骨 () 方向 R・L 胸骨 () 方向 鎖骨 () 方向 R・L 肩甲骨 両・R・L 骨盤
椎 体	頸椎 () 方向 胸椎 () 方向 腰椎 () 方向 仙尾椎 () 方向
上 肢	上腕 両・R・L () 方向 肘関節 両・R・L () 方向 前腕 両・R・L () 方向 手関節 両・R・L () 方向 手指骨 両・R・L () 方向 上肢全長骨 両・R・L () 方向
下 肢	大腿骨 両・R・L () 方向 膝関節 両・R・L () 方向 下腿骨 両・R・L () 方向 足関節 両・R・L () 方向 踵骨 両・R・L () 方向 足部 両・R・L () 方向 下肢全長骨 両・R・L () 方向
その他	(ご希望の撮影部位・方向をご記入ください)

◆ 検査終了後の画像につきましては、CDでのお渡しとなります。フィルムでの画像をご希望の場合は、検査予約時にお申し出くださるようお願いいたします。