

※控えはコピーをお願いします

フリガナ			
患者様氏名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	年	月	日 (歳)
連絡のとれる	TEL ()	-	

検査日時 年 月 日 (曜日)

※検査時間の30分前には受付にお越しください

検査部位		
☐ 頭部(脳) ☐ 頭部(脳以外) ☐ 副鼻腔 ☐ 顔面外傷 ☐ その他()	☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 上腹部(主に肝胆脾腎評価) ☐ 下腹部(主に骨盤内臓器評価) (コメント:) ☐ 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨)	☐ 関節・四肢(右・左・両側) (肩・肘・手関節・股関節・膝・足関節) ☐ その他 () ※造影検査は実施していません

臨床診断・経過・依頼情報				
◆ 移動手段 ☐ 歩行 ☐ 車イス				
◆ 食事 ☐ 午前絶食 ☐ 午後絶食 ☐ 午前午後絶食 ☐ 食事制限無し				
◆ 内服 ☐ あり ☐ なし				
次回 診察日時			月	日 時

チェック項目		
① 心臓ペースメーカー・埋込型除細動器	☐ なし	☐ あり
② 現在妊娠の可能性ありますか？	☐ なし	☐ あり
診断レポート返送方法 ☐ 郵送（結果＋CD） ☐ 患者様持ち帰り（結果＋CD） ☐ CDのみ持ち帰り（結果郵送）		