

診療情報提供書(検査申込書)

お手数ですが枠内に全てご記入
いただきFAX送信願います

受診希望日について以下のいずれか一つにチェックをしてご記入ください

☐ 患者様が希望される日 (第一希望 月 日) 午前・午後 (第二希望 月 日) 午前・午後 (第三希望 月 日) 午前・午後	☐ どの日でも良い ☐ 患者様の都合が合わない日 (月 日)(月 日) (その他:)
---	--

江別市立病院

患者支援センター 地域医療連携係 行

〒067-8585 江別市若草町6番地
電話 011-382-5151 (内線1152)
FAX 011-382-8381 (直通)

申込日 令和 年 月 日
(紹介元)
医療機関名
医師名
電話 () -
FAX () -

江別市立病院での受診歴・患者カード番号は必ずご記入ください

ふりがな 患者名	住 所 〒
大・昭 生年月日 平・令 年 月 日生(歳)	(男 ・ 女) 電話番号【自 宅】() - 【携 帯】() -
江別市立病院での受診歴	☐ 無 ・ ☐ 有 ※有の場合 ➡ 患者カード番号 -
当検査について 難病指定の適用	☐ 無 ・ ☐ 有 ※有の場合 ➡ 受給者証の病名

患者様の状況	☐ 外来で待っている ☐ すでに帰宅 ☐ 入院中(退院予定 : 月 日)
検査項目	☐ C T (☐ 単純・ ☐ 造影 ➡ 冠動脈C T の場合 コアベータ使用 ☐ 可・ ☐ 不可) ☐ M R I (☐ 単純・ ☐ 造影) ☐ R I ☐ D E X A (骨密度測定検査)
CT,MRI,RIの場合 画像データのお渡し	☐ 郵送(通常) ☐ 患者様に当日お渡し(お急ぎの場合) ☐ ID-Link同意取得済のため不要 患者様にお待ちいただくことになります

ID-Link同意取得済の場合➡

ID-Linkの患者同意書

☐ 今回あわせてFAX ☐ 提出済み

ID-Link同意の患者様で同意書を未提出の場合は一緒にFAXしてください

※ID-Linkは「江別・南空知地域医療連携ネットワーク」における地域医療連携システムです

傷病名は必ずご記入ください

傷病名
既往歴・現症・治療経過・検査結果・処方等(スペース不足の際は別に添付ください) ☐ 別紙添付参照

一般撮影・DEXA 依頼票

カナ 氏名 様	依頼施設	指示医師
	検査年月日	検査時間
	備考	

指示事項

部位		方向	部位		方向	
頭部	頭蓋	2方向・4方向・5方向	上肢	[] 上腕骨 (近位・遠位・全)	正・側	
	側頭骨	Schuller・Stenvers・内耳道		[] 肘関節	正・側・両斜・軸	
顔面	顔面	正・側		[] 前腕骨 (近位・遠位・全)	正・側	
	副鼻腔	Bzunzlow's・Waters		[] 手関節	正・側・両斜・軸	
	鼻骨	側		[] 舟状骨	2方向	
	顎関節	開口・閉口位		[] 手部	正・斜	
	上咽頭	側		[] 手	正・側	
頸部	喉頭	正・側		[] 手指 (指・関節)	正・側・両斜	
胸部	胸部	正・R-L・L-R・Ⅰ斜・Ⅱ斜 デクビタス(右下・左下)		骨盤	骨盤計測	3方向
	[] 肋骨 [] 乳房	正・斜			骨盤	正・斜
	乳がん検診 胸骨	側・両斜	[] 股関節		正・側 ()	
腹部	腹部(立位)	正	下肢	[] 大腿骨	正・側	
	腹部(臥位)	正		[] 膝関節	正・側・両斜・軸 片脚立位	
	KUB			[] 下腿骨	正・側	
肩部	[] 肩関節	正(内・外・中)・スカブラY・Ⅲ斜		[] 足関節	正・側・両斜	
	[] 鎖骨	正・2方向		[] 踵骨	側・軸・アントンセン	
	[] 肩甲骨	正・側・2方向		[] 足部	正・側・斜	
	[] 胸鎖関節	両斜		[] 足趾骨	正・側・両斜	
背髄	頸椎	正・側・4方向・6方向・開口位	骨塩定量測定			
	胸椎	正・側	腰椎DEXA法	1方向 2方向		
	腰椎	正・側・機能写・4方向・6方向	股関節DEXA法	1方向		
	胸腰椎移行部	正・側	[身長 cm：体重 kg]			
	仙・尾骨	正・側				
	全脊柱	正・側				

部位	左 右	撮影方法	撮影回数	電子画像 管理加	CD-R	DEXA	
	省略・両 右・左	単純 断層 特殊		あり なし	枚		腰椎
	省略・両 右・左	単純 断層 特殊		あり なし	枚		股関節
	省略・両 右・左	単純 断層 特殊		あり なし	枚		大腿骨同時撮影加算
	省略・両 右・左	単純 断層 特殊		あり なし	枚		
	省略・両 右・左	単純 断層 特殊		あり なし	枚		