

富士市立中央病院高度医療機器利用申込書

(エコー・乳房撮影・骨塩定量検査)

依頼元病院・診療所名

依頼元医師ご氏名

連絡先 FAX — — TEL — —

●患者様情報

フリガナ	男・女	明治・大正・昭和・平成	
患者様氏名	男・女	年	月 日生
患者様電話番号	()	身長	cm 体重 kg
検査希望日時			
病名または疑診名 日本語でお願いします			

●検査依頼目的と臨床所見(必ずご記入ください。)

撮影方法および部位を○で囲んでください。

エコー

午前外来枠	午後外来枠
上腹部	乳腺
下腹部	頸部
上・下腹部	甲状腺・副甲状腺
肝臓造影エコー	表在組織
	その他

乳房撮影

予約可能検査	
両乳房＋両スポット	
患者様の状態 ↓	
豊胸術	: 無・有
ペースメーカー	: 無・有
V-Pシャント	: 無・有

ご希望のメディア
フィルム(上限4枚) / CD-R
骨塩定量検査は紙印刷になります



骨塩定量検査

検査可能な部位
全身骨
腰椎
全身骨＋腰椎
股関節
股関節人工骨頭

○ お申し込み受付後、地域連携室より「検査予約票」を返送いたします。到着後、お手数ですがそちらを患者様へお渡しください。また、肝臓造影エコーの場合は、別途「造影剤投与の同意書」もご用意ください。

●中央病院処理欄

患者ID	使用歴あり・新規	—	—
予約日時	月	日()	時 分～
	月	日	受付