

紹介・共同利用
診療情報提供書

申込日 令和 年 月 日

医療機関名
医師氏名
住所
電話番号
FAX番号

患者氏名（フリガナ） （ ）		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日生
患者住所		TEL	
身長	Cm	体重	Kg
検査予定日	令和 年 月 日（ ） 時 分		
撮影部位	<input type="checkbox"/> 腰椎＋股関節（右） <input type="checkbox"/> 腰椎＋股関節（左） <input type="checkbox"/> 腰椎のみ <input type="checkbox"/> 股関節のみ		
体内金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節（右・左）		
臨床診断及び 撮影指示			

【金属インプラントを留置されている患者様の撮影について】

腰椎・股関節に金属インプラントがある場合、参考値となります。
不要であれば撮影指示に記載してください。
撮影指示がある場合は参考値として計測いたします。

股関節撮影時はインプラントの入っていない側で撮影・計測いたします。
両側股関節にインプラントがある場合は金属の影響が少ない側で撮影・計測いたします。

当院記載欄	技師サイン
件	枚

〒 509-0214 岐阜県可児市広見1520 番地
特定医療法人 慶桜会 東可児病院
TEL 0574-63-1200 FAX 0574-63-2522