

依頼日: 年 月 日

## 〔画像検査(CT・MRI・RI・骨塩)〕予約申込書

独立行政法人国立病院機構千葉東病院	
地域医療連携室 行	受付時間: 平日8:30~17:00
FAX 043-264-3356	TEL 043-264-3116

<b>患者様情報</b>			
ふりがな 氏名		電話番号	
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	(〒 - )		
千葉東病院 受診歴	有 無	(受診歴がある方)	ID:

<b>貴院情報</b>			
医療機関名		電話番号	
医師名 (診療科)		FAX	
住所			

<b>希望検査日</b>			
第1希望日	令和 年 月 日( )	午前・午後	時 分
第2希望日	令和 年 月 日( )	午前・午後	時 分

<b>検査依頼内容</b>		必要な検査の項目と検査部位(1ヶ所)をご指定下さい	
依頼項目	<input type="checkbox"/> MRI 単純撮影	<input type="checkbox"/> 頭部(標準) <input type="checkbox"/> 頭部(標準+MRA) <input type="checkbox"/> 頭部(認知症セット) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> MRCP(胆嚢、膵臓) <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> その他腹部 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 精嚢 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> その他骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨 <input type="checkbox"/> 右肩関節 <input type="checkbox"/> 左肩関節 <input type="checkbox"/> 右膝関節 <input type="checkbox"/> 左膝関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> CT 単純撮影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 上腹部+骨盤腔 <input type="checkbox"/> 胸部~上腹部 <input type="checkbox"/> 胸部~骨盤腔 <input type="checkbox"/> メタボセット(全腹部 + Fat Scan) <input type="checkbox"/> その他( )	
	<input type="checkbox"/> RI (核医学)	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(ECD) <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(IMP) <input type="checkbox"/> 交感神経心筋シンチ <input type="checkbox"/> ドーパミントランスポーターシンチ(DAT)	
	<input type="checkbox"/> 骨塩定量	腰椎測定(紙での解析結果出力)	
	<input type="checkbox"/> 認知症 検査セット	<input type="checkbox"/> 頭部MRI(認知症セット) + 脳血流シンチ(IMP) <input type="checkbox"/> 頭部MRI(認知症セット) + 脳血流シンチ(ECD)	
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )		
特記事項など			
画像等の 取り扱い	希望出力媒体[ <input type="checkbox"/> フィルム・ <input type="checkbox"/> CD-R(DICOMデータ) ]		

※読影結果レポートは後日貴院へ郵送します。

**予約申込の流れ**

- ① 予約申込書に必要事項をご記入のうえ、FAXにて当院連携室宛お送りください。  
(誤送信等防止のため、お手数ですが確認のお電話をお願い致します。)
- ② FAX受領後、15分以内にご予約日時を確定し「予約案内書」を貴院宛にFAX致しますので、患者様にお渡しください。
- ③ 当院へは「予約通知書」「各種ご案内」「保険証」「診療情報提供書」「各種公費受給者証(該当患者様のみ)」を持参してお越しください。