

依頼日: 年 月 日

〔画像検査(CT・MRI・RI・骨密度)〕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9:00~17:00
FAX 043-264-3356	TEL 043-264-3116

患者様情報

ふりがな		電話番号	
氏名			
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: .

貴院情報

医療機関名		電話番号	
医師名 (診療科)		FAX	
住所			

希望検査日

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

検査依頼内容 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 <input type="checkbox"/> 頭部(標準+MRA) <input type="checkbox"/> 頭部認知症検査(標準+VSRAD) <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> MRCP(胆嚢、膵臓) <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <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"/> 胸部~骨盤腔 <input type="checkbox"/> 腹部~骨盤腔 <input type="checkbox"/> 全腹部 + FatScan(内臓脂肪測定) <input type="checkbox"/> 四肢() <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"/> ドーパミントランスポーターシンチ(DAT) <input type="checkbox"/> 交感神経心筋シンチ(MIBG)
	<input type="checkbox"/> 骨密度	腰椎測定(紙での解析結果出力)
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	

- ※読影結果レポートは後日貴院へ郵送いたします。
- 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 地域医療連携室宛 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、30分以内にご予約日時を確定し 検査別に「各検査のご案内」と「予約案内書」を貴院宛にFAX致しますので、患者様にお渡しく下さい。
 - ③ 当院へは「予約案内書」「各検査のご案内」「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。