

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	T・S・H・R	年	月	日	性別	男 女
住所	(〒 -)					
千葉東病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 受診歴のあるかた 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

第一希望日	令和	年	月	日	午前・午後	時	分
第二希望日	令和	年	月	日	午前・午後	時	分
希望事項	例: 上記以外でも木曜午前なら可能						

検査依頼内容 必要な検査の項目と検査部位(1か所)をご指定ください

依頼項目	<input type="checkbox"/> MRI 単純撮影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 右肩関節 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 頭部(標準+MRA) <input type="checkbox"/> MRCP(胆嚢・膵臓) <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 左肩関節	<input type="checkbox"/> 頭部認知症検査(標準+VSRAD) <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 右膝関節	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 左膝関節 <input type="checkbox"/> 仙尾椎 <input type="checkbox"/> 股関節
	<input type="checkbox"/> CT 単純撮影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 全腹部+FatScan(内臓脂肪測定)	<input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 四肢()	<input type="checkbox"/> 胸部~骨盤 <input type="checkbox"/> 腹部~骨盤
	<input type="checkbox"/> RI 核医学検査	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(ECD) <input type="checkbox"/> ドーパミントランスポーターシンチ(DAT)	<input type="checkbox"/> 脳血流シンチ(IMP) <input type="checkbox"/> 交感神経シンチ(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 感染症名: _____				
特記事項					
検査画像当日渡し	<input type="checkbox"/> 無 検査画像CD・検査結果レポート 両方を後日貴院に郵送する <input type="checkbox"/> 有 検査画像は当日患者様にCDでお渡しする (後日貴院にレポートのみ郵送)				

※読影結果レポートは後日貴院へ郵送いたします

予約申し込みの流れ

- ① 予約申込書に必要事項をご記入の上、Faxにて千葉東病院地域医療連携室へお送りください(043-264-3356)
(誤送信防止のため、お手数ですが確認のお電話をお願いいたします 043-264-3116)
- 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」を貴院にFaxしますので
患者様にお渡しください
- ③ 検査当日には「予約案内書」「保険証」「診療情報提供書」「各種公費受給者証(該当者のみ)」をお持ちになり
検査時間15分前までに千葉東病院「①初診」窓口へご来院くださるよう、患者様にお伝えください