

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医療センター 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 ☐ 有 ・ ☐ 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	☐ MRI 単純撮影	☐ 頭部 ☐ 頭部(標準+MRA) ☐ 頭部認知症検査(標準+VSRAD) ☐ 肝臓 ☐ MRCP(胆嚢・膵臓) ☐ 腎臓 ☐ 膀胱 ☐ 子宮・卵巣 ☐ 前立腺 ☐ 頸部 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 仙尾椎 ☐ 右肩関節 ☐ 左肩関節 ☐ 右膝関節 ☐ 左膝関節 ☐ 股関節 ☐ その他 ()
	☐ CT 単純撮影	☐ 頭部 ☐ 副鼻腔 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 胸部～骨盤 ☐ 腹部～骨盤 ☐ 全腹部+FatScan(内臓脂肪測定) ☐ 四肢()
	☐ RI 核医学検査	☐ 脳血流シンチ(ECD) ☐ 脳血流シンチ(IMP) ☐ ドーパミントランスポーターシンチ(DAT) ☐ 交感神経シンチ(MIBG)
	☐ 骨密度	腰椎測定(紙での解析結果出力)
感染症		☐ 無 ☐ 有 感染症名 :
特記事項		
検査画像当日渡し		☐ 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 ☐ 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)
- ②Fax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