

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

患者様情報

ふりがな 氏名			電話番号	
生年月日	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	年 月 日 ()	午前・午後	時 分
第3希望日	年 月 日 ()	午前・午後	時 分
第2希望日	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(標準) <input type="checkbox"/> 頭部(標準+MRA) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <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"/> その他()
	<input type="checkbox"/> CT 単純撮影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 胸部~腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 腹部~骨盤 <input type="checkbox"/> 歯(顎部) <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"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> Gaシンチ <input type="checkbox"/> 副甲状腺シンチ <input type="checkbox"/> 腎シンチ
	<input type="checkbox"/> 骨塩定量	腰椎+両股関節測定(紙とCDで解析結果出力します)
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
特筆事項など		
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、30分以内にご予約日時を確定し「予約案内書」を貴院宛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。