

画像検査申込用紙（放射線部 FAX用）



医療機関名

医師名

所在地

電話

FAX

患者様基本情報

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性
氏名		電話		
		生年月日	大・昭・平・令	年 月 日 歳
住所	(〒 )			
被保険者情報 ※複写をFAX頂いても結構です	保険者番号	記号	被保険者番号	区分
				本人・家族
	公費	負担者番号	受給者番号	有効期限
当院での受診歴の有無		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( ID番号 )	
検査目的				
検査希望日時	第1希望	月 日 AM・PM	第2希望	月 日 AM・PM

検査依頼項目選択

\*注意：MRI、造影予約時は、安全確認のため問診表（承諾書）をご記入頂き、当日持参願います。

女性のみ	<input type="checkbox"/> 妊娠なし			
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純	※1つの予約に対して、1部位でお願い致します。		
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 ○印を（肝・胆・膵・腎・骨盤部） <input type="checkbox"/> 3D-CTA（頭・頸・下肢） <input type="checkbox"/> 胸腹部大動脈 <input type="checkbox"/> 他（ ）		
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純	※1つの予約に対して、1部位でお願い致します。（骨盤部は2部位 応相談）		
		<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 胸椎		
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 腹部（肝・胆・膵・腎・副腎・MRCP）		
		<input type="checkbox"/> 骨盤（前立腺・膀胱・子宮・卵巣） <input type="checkbox"/> 骨・軟部 R・L（肩・肘・手・股・） <input type="checkbox"/> その他		
脳動脈クリップ埋込の方のみ		施術施設名（ ）		
※体内金属によるリスクが高い場合、確認に時間を要することがあります。				
上記結果	放射線科医読影 <input type="checkbox"/> 所見要 <input type="checkbox"/> 所見不要 所見要の場合、所見後にCDと共に郵送させていただきます。 所見不要で当日CD <input type="checkbox"/> 持ち帰り <input type="checkbox"/> 郵送			
<input type="checkbox"/> 骨密度検査	※腰椎2椎体圧迫骨折の有無		無 ・ 有	
	※大腿骨近位部手術歴の有無		無 ・ 有（ 右 ・ 左 ）	
上記結果	測定結果用紙は、郵送させていただきます。			

予約FAX 072-278-3299（地域連携室）

※個人情報の取扱には万全を期しておりますが、万一誤って本書が送信された場合、お手数ですが下記までご連絡お願い致します。