

放射線検査 申込書

FAX (直通) 03-5605-7182

※ F A X 受信後、検査日時調整のため、電話連絡をさせていただきます。

年 月 日

(記載せず名刺を貼付頂いても結構です)

医療機関名
所在地
電話番号
F A X 番号
医師名

患者氏名	フリガナ	大正・昭和 年 月 日生 (歳)
および 生年月日	様 (男・女)	平成・令和 (職業)
住所	(〒 -)	T E L ()

※ 疑わしき病名のご記入を必ずお願いいたします

臨床病名 :

検査希望日	① 年 月 日 () ② 年 月 日 ()
ご依頼検査	注) 同一患者さんで同一日に、CT 検査と MRI 検査はできません。 注) 原則 1 検査につき 1 部位となります。 注) 造影剤アレルギー、喘息、妊娠中、腎機能障害、クレアチニン 1.5 以上の方は造影不可です。 注) 検査結果 (読影レポート) と CD-ROM は翌開院日に発送いたします。
<input type="checkbox"/> MRI 検査 <input type="checkbox"/> CT 検査 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎 ・ <input type="checkbox"/> 胸椎 ・ <input type="checkbox"/> 腰椎) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 上肢 (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> 下肢 (右 ・ 左) <input type="checkbox"/> その他 () 【 造影剤 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (※ビグアナイド系糖尿病薬の服用 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有) 】	
<input type="checkbox"/> RI 検査 <input type="checkbox"/> 脳血流シンチ (ECD ・ IMP) <input type="checkbox"/> 脳シンチ (DAT) <input type="checkbox"/> 心筋シンチ (MIBG) <input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ <input type="checkbox"/> その他 ()	

日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院 医療連携室 TEL : 03-5605-8811 (代)

【受付時間】 月～金曜日 : 8:30～17:00 第 2・4 土曜日 : 8:30～12:00

2024 年 3 月 医療連携室更新