

♥ 患者様基本情報 ♥

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名		電話番号	( )
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)		
住所	(〒 )		
当院での受診歴の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ID番号		
患者様の病名・主症状 ※必ずご記入願います			
貴医療機関名 住所 貴医師名		現在、貴院に  通院中 ・ 入院中  (該当する方に○印をお願いします)	
電話番号		FAX番号	

♥ 検査依頼項目選択 ♥

下記、放射線画像診断にご記入願います。

(検査希望の際は1検査ごとに一枚ずつ依頼書が必要となります)

放射線画像診断のご依頼※ 放射線撮影のみのご予約となります。

注意: MRI、CT造影予約には、安全確認の為、問診票(同意書)を必ずご記入頂き、ご依頼時にFAX願います。

検査希望日	第1希望日 月 日 曜日	第2希望日 月 日 曜日
*女性の患者様のみ	<input type="checkbox"/> 妊娠なし <input type="checkbox"/> 妊娠中でも検査必要 <input type="checkbox"/> 可能性有り	
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純 <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 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 上肢 ( ) <input type="checkbox"/> 下肢 ( ) ※ MRI単純のみ17時以降も撮影可 (最終撮影19時30分)
RI検査	<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> ガリウムシンチ(2日入院要) *骨シンチは火・水曜日のみ可 (午前9時注射 午後撮像) *ガリウムシンチは火曜日に検査用の注射後、金曜日に撮像となります。	
透視検査	<input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 注腸(前処置の説明の為、検査日の3日前までに来院が必要)	
一般撮影	<input type="checkbox"/> 乳房撮影 <input type="checkbox"/> 胸部撮影 <input type="checkbox"/> その他( ) ※当日予約16時まで可能	
検査結果について	検査後のフィルム・所見は、ゆうパックにて郵送致します。(2~3日かかります) お急ぎの場合は、翌日以降に放射線科受付にての手渡しとなります。	

連絡事項等
-------