依頼日	午	В	
10、料口		Н	

放射線画像検査申込書(CT-DEXA-RI-MMG-歯科)

帝京大学ちば総合医療センター 行 所在地: TEL: 0436-62-1331(地域医療連携室) 医療機関名: FAX: 0436-62-0025(地域医療連携室) TEL: FAX: 受付時間 : 平日9:00~16:30 医師名: 印 ☆ 記入もれのないようお願いいたします。 記入もれがありますと、確認のためお時間がかかることがございます。 フリガナ 生年月日 S 年 月 男・女 日 (和暦) Н 患者氏名 歳) R (フリガナ 帝京大学ちば総合医療センター受診歴 - 無 旧姓 ※該当の方 ※受診歴がある方(診察券番号) のみ記入 住所 患者連絡先 () 身長 体重 cm kg 妊娠 : □無 □有(调) ※女性のみ その他 感染症 : □無 □有() □ 不明 移動形態 : 🛘 単独歩行可 🛣 歩行可(要介助) 🗖 車椅子 🛣 ベッド 撮影種類 撮影区分 部 位 □ 頭部 口 脳 □ 頭蓋骨 □ 眼窩 □ 聴器 □ 副鼻腔 □ 顔面 □ 歯 頚部 П □ 頚部 □ 耳下腺 □ 顎下線 □ 咽頭喉頭 □ 甲状腺 □ 胸腹部大動脈 胸部 □ 胸部 □ 胸部+HRCT □ 胸部大動脈 腹部 □ 上腹部 □ 全腹部 □ 腹部大動脈 □ 副腎 □ CT □ 胸鎖関節 □ 肩関節 □ 肩甲骨 □ 上腕 □ 前腕 口 下腿 単純撮影 □ 四肢 【 両・ ひだり・みぎ 】 口 肘関節 □ 手関節 口手 □ 股関節 □ 足関節 □ 踵骨 骨盤 □ 骨盤 □ 膀胱 脊椎 □ 頚椎 □ 胸椎 □ 胸腰椎移行部 □ 腰椎 □ 仙尾骨 □ DEXA □ 腰椎 □ 腰椎 + 大腿骨 □ 大腿骨 (ひだり・みぎ) □ 前腕 (ひだり・みぎ) П RI □ 骨シンチ ☐ MMG □ 両側2方向(CC ⋅ MLO) □ 歯科 □ セファロ □ 顎関節(両・ひだり・みぎ) □ パントモ ※ ご都合の悪い日時がございましたら、こちらに記入をお願いいたします。 なければ、最短のお日にちでのご案内となります。 特記事項