

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
 TEL : 0436-62-1331(地域医療連携室)
 FAX : 0436-62-0025(地域医療連携室)
 受付時間 : 平日9:00~16:30
 土曜9:00~11:45

所在地 :
 医療機関名 :
 TEL :
 FAX :
 医師名 : 印

フリガナ				生年月日	年	月	日	男・女
患者氏名					(歳)		
住所	〒							
患者連絡先	()			身長	cm	体重	kg	
帝京大学ちば総合医療センター受診歴	有・無			※受診歴がある方		診察券番号	-	-
その他	妊娠 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (週) 依頼元次回受診予定日 : 年 月 日 感染症 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()							

必要な撮影種類・撮影区分(CTのみ)・部位を指定してください。(それぞれ1ヶ所)

撮影種類	撮影区分	部 位
<input type="checkbox"/> CT 単純撮影	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 頭蓋骨 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 聴器 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 歯
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 顎下線 <input type="checkbox"/> 咽頭喉頭 <input type="checkbox"/> 甲状腺
	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸部+HRCT <input type="checkbox"/> 胸部大動脈 <input type="checkbox"/> 胸腹部大動脈
	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 副腎 <input type="checkbox"/> 腹部大動脈
	<input type="checkbox"/> 四肢	<input type="checkbox"/> 胸鎖関節 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肩甲骨 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 前腕 【両・ひだり・みぎ】 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 踵骨
	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 膀胱
	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨
<input type="checkbox"/> DEXA	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 + 大腿骨 <input type="checkbox"/> 大腿骨 (ひだり・みぎ) <input type="checkbox"/> 前腕 (ひだり・みぎ)	
<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> 骨シンチ	
<input type="checkbox"/> MMG	<input type="checkbox"/> 両側2方向 (CC・MLO)	
<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> パントモ <input type="checkbox"/> セファロ <input type="checkbox"/> 顎関節 (両・ひだり・みぎ)	
特記事項		

放射線画像検査を受けられる方へ

様

検査予約日

年 月 日 ()

診 察 : 時 分 ~

検 査 : 時 分 ~

検査種類

MRI CT DEXA RI マンモグラフィー 歯科

検査部位

食事制限

・ 朝食抜き ・ 昼食抜き ・ 特になし

来院場所 ※診察時間の10分前までにお越しください。

- ・ 当院の診察券をお持ちの方 ⇒ 正面玄関設置の再来受付機にて受付をして本館2階放射線外来へお越しください
- ・ 当院の診察券を持っていない方 ⇒ 本館1階初診受付窓口へお越しください

当日お持ちいただくもの

- ・ 本状 ・ 紹介状(診療情報提供書) ・ 放射線画像検査申込書
- ・ 健康保険証 ・ 医療受給者証(お持ちの方) ・ お薬手帳(お持ちの方)

※ 当院受診が初めての方は顔写真付きの身分証明書を持参ください
(運転免許証・マイナンバーカード・パスポート・身体障害者手帳など)

注意事項

- ・ 当日37.5℃以上の発熱や体調不良の方は、必ず前もって下記連絡先にご連絡ください。
- ・ 放射線画像検査の前に医師による診察があります。
- ・ 緊急の患者様の対応を優先する場合があります、予約時間よりお待たせする事がありますがご了承ください。

連絡先

帝京大学ちば総合医療センター
地域医療連携室
0436-62-1331(直通)