

予約申込書・診療情報提供書

深川市立病院 放射線科 宛

貴医療機関名:

医師名:

患者氏名	生年 (平成・昭和・大正・明治)	(男性・女性)
	月日	年 月 日
	住所	
電話番号		

1. 検査の種類を選んで下さい

 CT検査 MRI検査 核医学検査

2. 検査する部位を下記から選んで下さい

注……1検査につき1部位でお願いします
(部位)

<input type="checkbox"/>	頭部
<input type="checkbox"/>	頸部
<input type="checkbox"/>	甲状腺・上縦隔
<input type="checkbox"/>	胸部
<input type="checkbox"/>	上腹部のみ
<input type="checkbox"/>	上腹部～骨盤腔
<input type="checkbox"/>	骨盤腔のみ

<input type="checkbox"/>	頸椎
<input type="checkbox"/>	胸椎
<input type="checkbox"/>	腰椎
<input type="checkbox"/>	上肢()
<input type="checkbox"/>	下肢()
<input type="checkbox"/>	その他の部位 ()

<input type="checkbox"/>	骨シンチグラフィ
<input type="checkbox"/>	ガリウムシンチグラフィ
<input type="checkbox"/>	その他のシンチ検査 ()

注・骨シンチは注射してから3時間後撮像します
注・ガリウムシンチは注射してから2日後撮像します
注・核医学の検査については、折り返しTELLします

3. 検査目的を選んで下さい

 画像検査及び読影依頼 画像検査依頼

4. 希望する日時を下記に記入して下さい (第2希望まで記載してください)

第1希望日	……	月	日	AM	時頃	PM	時頃
第2希望日	……	月	日	AM	時頃	PM	時頃
至急で検査を希望する							
特になし							

5. 貴院診断名及び症状経過・治療経過など下記に記入して下さい

診断名:

既往歴・家族歴・症状経過・治療経過・現在の処方など

6. この用紙をセットしてFAX番号(0164) 22-1133 (直通)をダイヤルして下さい
折返し当放射線課よりFAXを送信します