東京慈恵会医科大学葛飾医療センター FAX RI予約申込書

（FAX用）

医療連携部門 FAX番号 03-3838-9922

□希望する項目にチェックをお願い致します。(*は記入必須項目です)

***検査予約**　　年　月　日

放射線部　先生

*受診希望日時

第一希望　月　日（　）

第二希望　月　日（　）

□最短日希望　□指定なし

＊貴 院 名
＊所 在 地
＊T E L
＊F A X
＊医 師 名
＊担 当 者

*フリガナ *患者氏名　様	*男・女	*生年月日	明・大・昭・平 年　月　日（　歳）
*住所　〒　－		*電話（自宅）　－　－ （携帯）　－　－	
葛飾医療センター〔青戸病院〕受診歴 （ 無・ 不詳・有 ） 診察カード番号			□日本語OK

*主訴または病名・症状
*紹介目的　□精査　□貴院入院中　（＊DPC算定 有 ・ 無）

□ 放射線検査予約

＊RI

□骨・全身骨シンチ
□脳血流IMPシンチ（定性のみ）
□脳線条体[FP－CIT]シンチ
□安静心筋交感神経[MIBG]シンチ

＊下記項目にチェックをお願い致します。

移動形態 □自立歩行可 □歩行可（要介助） □車椅子 □ベッド／ストレッチャー

妊娠 □有 □無 □不明　授乳 □有

感染症 □有 □無 □不明

身長・体重　cm　kg

安静状態（仰臥位） □30分以上安静可能 □難しい

*その他の情報　□オムツ使用中 □導尿中 □酸素使用中 □点滴あり □難聴あり □言語障害あり
□＊糖尿病あり □＊閉所恐怖症あり □＊体内金属あり □＊ペースメーカー等の植込あり □特になし

*保険情報

保険者番号	
記号　番号	
被保険者との続柄	本人 ・ 家族
保険開始日	

*高齢者医療・公費情報

負担者番号	
受給者番号	
負担割合	割
有効期限	～

公費情報

負担者番号	
受給者番号	
有効期限	～

【注意 事項】
・RIは、中学生以上が対象となります。
・30分以上の仰臥位安静が保てないと、撮影することができません。
・動作に介助が必要な場合は、付き添い者が同伴となります。

【お問い合わせ】　東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 入退院・医療連携センター
TEL:0570-009-119　FAX:03-3838-9922
受付時間:月曜日～金曜日 8:45～19:00 土曜日 8:45～17:30
休診日:日曜日・祝祭日・大学記念日(5月1日・10月第二土曜日)・年末年始(12月29日～1月3日)