

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター FAX一般撮影・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 *貴院名
*受診希望日時 *所在地
第一希望 月 日 () *TEL
第二希望 月 日 () *FAX
□最短期希望 □指定なし *医師名
*担当者

*フリガナ			明・大・昭・平
*患者氏名	様	*男・女	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

1. 一般撮影(単純のみ) 部位() 方向() 撮影コメント()	
2. RI *下記項目にチェックをお願い致します。	
□骨・全身骨シンチ	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
□脳血流IMPシンチ(定性のみ)	妊娠 □有 □無 □不明 授乳 □有
□脳線条体〔FP-CIT〕シンチ	感染症 □有 □無 □不明
□安静心筋交感神経〔MIBG〕シンチ	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(内線5145) 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)