

画像検査申込書

府中病院 地域医療連携室

TEL:0725-40-2147
FAX:0725-40-2148

施設名		電話番号	
医師		FAX番号	

●患者様情報

フリガナ		性別	生年月日		
患者様氏名		男 女	大・昭・平・令	年	月 日 (歳)
住 所	〒		電話番号() -		
・被保険者証			・第1公費負担医療受給者票		
保険者番号		負担者番号			
記号/番号	/	受給者番号		割	
資格取得日		有効期間	~		
有効期間	~		・第2公費負担医療受給者票		
被保険者との続柄		負担者番号			
<諸法関係> 交通事故・その他()		受給者番号			
労災(公災)、医療保護(福祉事務所名)		有効期間	~		

CT検査	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 側頭骨 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 腹部から骨盤 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹腔内脂肪測定 その他()
【撮像方法】	単純 ・ 造影 (通常造影 ・ dynamic ・ 動脈3D ・ DIC-CT)
MRI検査	<input type="checkbox"/> 頭部(一般・眼窩・耳鼻科) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 肩関節(右・左) <input type="checkbox"/> 膝関節(右・左・両方) <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 女性骨盤腔(子宮・卵巣) <input type="checkbox"/> 男性骨盤腔(前立腺・精嚢腺) その他()
【撮像方法】	(単純MRI ・ 造影MRI ・ 単純MRA) その他()
透視検査	<input type="checkbox"/> 下咽頭~食道 <input type="checkbox"/> 胃 * 注腸(消化器内科) * 下肢静脈瘤造影(心臓血管外科) * DIC(外科) * UCG(泌尿器科) * チェーンCG(泌尿器科) * MCG(泌尿器科) その他()
造影検査	<input type="checkbox"/> DIP その他()
X線撮影	<input type="checkbox"/> 胸部(正面 ・ 正面+左側面 ・ 正面+右側面 ・ 正面+両側面) <input type="checkbox"/> 腹部(立位 ・ 臥位 ・ 立位+臥位) <input type="checkbox"/> KUB * マンモグラフィー(乳腺疾患外来) その他()
RI検査	<input type="checkbox"/> 脳血流 <input type="checkbox"/> BMIPP心筋 <input type="checkbox"/> MIBG心筋 <input type="checkbox"/> ²⁰¹ Tl心筋血流(負荷・安静) <input type="checkbox"/> 副甲状腺(²⁰¹ Tl- ^{99m} Tc ・ ^{99m} Tc-MIBI) <input type="checkbox"/> 甲状腺(^{99m} Tc- ²⁰¹ Tl・ ヨード摂取率) <input type="checkbox"/> 肺血流 <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 骨三相 <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> 副腎(皮質 ・ 髓質) <input type="checkbox"/> レノグラム(負荷あり ・ なし) その他()
内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸ファイバー

<備考>ご希望日がございましたらご記入ください。

注意事項:上記の * 印の検査は各診療科の診察でお申し込みください。
お申し込みは府中病院 地域医療連携室までFAX(0725-40-2148)をお願いいたします。