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	
医師名		ＦＡＸ番号	

フ リ ガ ナ		性別	生年月日
氏名		男　女	大・昭 平・令　　年　　月　　日（　　歳）
住　　所	〒　　-		電話番号

ＣＴ検査	☐ 頭部　☐ 側頭骨　☐ 副鼻腔　☐ 頚部〈甲状腺〉　☐ 胸部　☐ 冠動脈 ☐ 腹部〈肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓含む〉　☐ 腹骨盤〈前立腺・膀胱含む〉 ☐ 頚椎　☐ 胸椎　☐ 腰椎　☐ 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	☐ 頭部(　一般　・　眼窩　・　耳鼻科　)　☐ 頚部　☐ 頚椎 ☐ 胸椎　☐ 腰椎　☐ 女性骨盤腔　☐男性骨盤腔　☐ 股関節 ☐ 肝臓　☐ 腎臓　☐ 膵臓　☐ 胆嚢　☐ MRCP〈胆嚢・膵臓・総胆管含む〉 ☐ 肩関節（　右　・　左　）　☐ 膝関節（　右　・　左　・　両方　） その他（　　）
【撮像方法】	（単純MRI　・　造影MRI　・　単純MRA　）　その他（　　）
X線撮影	☐ 胸部（　正面　・　正面+左側面　・　正面+右側面　・　正面+両側面　） ☐ 腹部（　立位　・　臥位　・　立位+臥位　）　☐ KUB　☐ 骨密度 その他（　　）
RI検査	☐ I-IMP脳血流〈認知症〉　☐ ドパミントランスポーター〈ダットスキャン〉 ☐ タリウム負荷心筋（　エルゴ　・　薬剤　）　☐ 骨 ☐ MIBG安静心筋　　その他（　　）
内視鏡検査	☐ 胃カメラ　　☐ 大腸ファイバー
超音波検査	☐ 腹部　☐ 甲状腺　☐ 頚動脈　☐ 腎動脈　☐ 下肢動脈 ☐ 下肢深部静脈　　☐ 下肢表在静脈(静脈瘤) ☐ 心臓（症状出現後もしくは2ヶ月以内の心電図　有　・　無　） 有の場合→当日持参をお願いします　無の場合→当院で心電図を施行します
心電図検査	☐ トレッドミル　☐ ホルター心電図
その他検査	☐ 脳波　☐ 尿素呼気　☐ ABI（　身長：　　cm　体重：　　kg　）

＜備考＞　ご希望日やご都合が悪い日がございましたらご記入ください。

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。
【受付時間】（月～金）9：00～20：00　（土）9：00～17：00　※祝日除く