

□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 \_\_\_\_\_  
最短日希望 \_\_\_\_\_ 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	*生年月日
		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 _____			<input type="checkbox"/> 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。

<input type="checkbox"/> 骨・全身骨シンチ	移動形態 <input type="checkbox"/> 自立歩行可 <input type="checkbox"/> 歩行可(要介助) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド/ストレッチャー
<input type="checkbox"/> 脳血流IMPシンチ(定性のみ)	妊娠 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 授乳 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 脳線条体[FP-CIT]シンチ	感染症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 30分以上安静可能 <input type="checkbox"/> 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:03-3603-2111(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)