

本川越病院 検査委託申込書 (受付確認票)

貴院名		電話番号		FAX	
-----	--	------	--	-----	--

患者様情報	フリガナ	様	身長体重	cm	kg
	氏名	様	電話番号		
	性別	男 女	患者様ADL	フリー	車椅子 ストレッチャ
	生年月日	年 月 日	本川越病院ID		

検査情報	検査日	年 月 日 ()			時
	MR I 検査	頭部 肩関節 肘関節 手関節 手 股関節 膝関節 MRCP 頸椎 胸椎 腰椎 仙尾骨 足関節 足 骨盤部 その他			
	CT 検査	頭部 頸部 胸部 腹部 骨盤部 上肢 下肢 頸椎 胸椎 腰椎 仙尾骨			
	超音波検査	心臓 腹部※1 頸動脈 下肢静脈※2 下肢動脈 ※1膵・腎・胆・肝・脾に限る ※2深部静脈血栓評価に限る			
	骨密度測定 (DEXA法)		肺機能検査	血圧脈波検査	

・多部位に渡る検査は行っておりません。依頼される場合は別々 (別日) にお願ひします。
 (CTは胸～骨盤は可能 MRIは四肢の左右は同時不可 脊椎は 頸・胸・腰 は同時不可)
 ・MRI撮影のルーティンは基本本院の物で行いますが、ご要望が有る場合は要相談となります。
 ・造影検査は行っておりません

読影レポート	<ul style="list-style-type: none"> CT・MRI 遠隔読影レポートを 希望する 希望しない (超音波のレポートは付随します) レポートお渡し方法 郵送 FAX () 本人に (遠隔読影は不可) CT・MRIのレポートは遠隔読影なので、3営業日後に当院に届きます。休日、祝祭日などが間に挟まれる場合は遅れることがございます。ご了承ください。 CT・MRIのレポートはコンピューター断層診断料として4,500円別途費用がかかります
--------	--

検査目的 主訴 撮影内容	読影レポートが必要な場合は特に詳しくお願ひします
--------------------	--------------------------

備考	
----	--

注意事項

- 1・検査時間30分前に来院をお願いいたします。
(車にてお越しの方は、当院付近のタイムス駐車場に御停め下さい。)
- 2・検査日の変更 キャンセル等は、前日までに外来まで御連絡下さい。
- 3・当院より予約日変更をお願いする場合がありますので、患者様のご連絡先は必ずご記入下さい
- 4・検査・受診当日は、保険証・紹介状・検査委託申込書・事前調査票を受付に提出して下さい。

(医) 刀圭会本川越病院 担当者：外来

TEL : 049-222-0533 FAX : 049-299-8822