

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 頸椎	肩関節 胸椎	肘関節 腰椎	手関節 仙尾骨	手 足関節 足	股関節 骨盤部	膝関節 その他	MRCP
	CT 検査	頭部 頸椎	頸部 胸椎	胸部 腰椎	腹部 仙尾骨	骨盤部	上肢	下肢	
	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) をお願いします。
(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	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いします
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