

検査機器共同利用 申込書

◆ 検査機器を共同使用する医療機関

施設名			
医師名		電話番号	

患者様情報

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒 ー		
固定電話		携帯電話	

◆ 検査部位を選択☑ください

【検査目的】		シエーマ	
【撮影指示等】(スライス位置や脂肪抑制(STIR)など)			
【CT】	頭部	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 歯科用インプラント <input type="checkbox"/> その他()	脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙骨・尾骨
	胸部	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部(肺野・縦隔) <input type="checkbox"/> 腹部(肝臓上縁から骨盤腔)	<input type="checkbox"/> 頸部から骨盤腔 <input type="checkbox"/> 胸部から骨盤腔
	腹部	<input type="checkbox"/> 肩関節 みぎ・ひだり <input type="checkbox"/> 肘関節 みぎ・ひだり <input type="checkbox"/> 手関節 みぎ・ひだり <input type="checkbox"/> 手 みぎ・ひだり <input type="checkbox"/> 上肢その他()	<input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 足関節 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 足 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 下肢その他()
【MRI】	頭部/頸部	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 内耳道 <input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 <input type="checkbox"/> 仙骨・尾骨
	関節/他	<input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> VSRAD	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 胆・膵(MRCP) <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 婦人科(子宮・卵巣)
【骨密度】		<input type="checkbox"/> 腰椎+股関節	
【マンモグラフィー】		<input type="checkbox"/> 左右2方向(CC+MLO)	

◆ 検査希望日

第1希望日	月 日 午前・午後	第2希望日	月 日 午前・午後
-------	-----------	-------	-----------

- MRI 検査の場合は、問診票も合わせて FAX ください。
- 造影検査は、検査機器の共同利用では実施できません。造影検査をご希望の場合は、通常の検査紹介をご利用ください。