MRI・CT・核医学検査（RI）・骨密度 検査申込書

令和　　年　　月　　日

日本赤十字社長崎原爆病院 放射線科　宛
〒852-8511　長崎市茂里町 3-15
ＦＡＸ　０１２０－８４５－２６２
ＴＥＬ　095-847-1511　（病院代表）
CT・骨密度　（内線　１４３０）
MRI　（内線　１４３１）
RI　（内線　１１８４）
0120-845-261　（病診連携室）

医療機関名

診療科名

医師名

所在地

TEL

FAX

フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 年　月　日
患者氏名				
住所	〒			TEL （　　）
受診希望日	年　月　日（　　曜日）			
備考				

検査申込書をご記入の上、ＦＡＸでお申し込み下さい。当院より予約日についてお電話いたします。
診療情報提供書は申し込み当日中に病診連携室までＦＡＸしていただき、原本は、当日患者さまがご持参下さい。

MRI	**検査部位を選択して下さい。（MRI 検査は原則１検査１部位のみ）** **造影の希望　□有　□無** □頭部　□頸部　□胸部　□上腹部　□骨盤　□乳腺(造影推奨) 脊椎（□頸椎　□胸椎　□腰椎）　四肢（□肩　□肘　□手　□股関節　□膝　□足） □その他部位：＿＿＿＿＿＿＿＿ **※検査目的の詳細や撮像内容への要望(例えば MRA や MRCP の撮像依頼など)については診療情報提供書にご記載下さい。記載が無い場合は検査目的に応じて当院放射線科医の判断で撮像内容を決定致します。** ※MRI 検査前チェックシートの作成が必要になります。 ※造影有の場合は別途 MRI 用造影剤に関する説明書・同意書の作成が必要です。
CT	**検査部位を選択して下さい。** **造影の希望　□有　□無** □頭部　□頸部　□胸部　□腹部　□骨盤　□その他部位：＿＿＿＿＿＿＿＿ ※造影有の場合は別途ヨード造影剤に関する説明書・同意書の作成が必要です。
RI	**検査項目を選択して下さい。（１項目のみ）** □骨シンチ　□甲状腺シンチ(Tc・Tl)　□Ga シンチ　□肺血流シンチ　□肺換気シンチ □腎シンチ(動態・静態)　□心筋シンチ(MIBI・BMIPP・MIBG・他＿＿＿＿＿＿) □副甲状腺シンチ(MIBI)　□脳血流シンチ（ECD・IMP）　□DATSCAN □オクトレオスキャン(神経内分泌腫瘍)　□副腎シンチ(MIBG) □肝アシアロシンチ　□肝胆道シンチ　□消化管出血シンチ　□その他:＿＿＿＿＿＿ ※内用療法については、放射線科まで お問い合わせください。 ※心筋シンチは仰臥位で連続約 20 分の手の挙上ができることが必要です。 ※RI 検査は「RI 検査に関する説明および同意書」の作成が必要です。
骨密度測定	**検査部位を選択して下さい。** □腰椎　□腰椎＋右大腿骨　□腰椎＋左大腿骨　□腰椎＋両側大腿骨

持参資料（　有　・　無　）（　CD-R　・　検査結果票　・　その他＿＿＿＿＿＿＿＿）