

# 泉大津急性期メディカルセンター 検査申込書

地域医療連携室

TEL : 0725-58-8235

FAX : 0725-58-8238

年 月 日

施設名		電話番号	
医師名		FAX番号	

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男女	大・昭 平・令 年 月 日 ( 歳 )
住所	〒 -	電話番号	

<b>CT検査</b>	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 側頭骨 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部〈甲状腺〉 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 冠動脈 <input type="checkbox"/> 腹部〈肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓含む〉 <input type="checkbox"/> 腹骨盤〈前立腺・膀胱含む〉 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腹腔内脂肪測定 その他 ( )
<b>【撮像方法】</b>	単純・造影 ( 通常造影・dynamic・動脈3D・DIC-CT )
<b>MRI検査</b>	<input type="checkbox"/> 頭部( 一般・眼窩・耳鼻科 ) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 女性骨盤腔 <input type="checkbox"/> 男性骨盤腔 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> MRCP〈胆嚢・膵臓・総胆管含む〉 <input type="checkbox"/> 肩関節( 右・左 ) <input type="checkbox"/> 膝関節( 右・左・両方 ) その他 ( )
<b>【撮像方法】</b>	( 単純MRI・造影MRI・単純MRA ) その他 ( )
<b>X線撮影</b>	<input type="checkbox"/> 胸部( 正面・正面+左側面・正面+右側面・正面+両側面 ) <input type="checkbox"/> 腹部( 立位・臥位・立位+臥位 ) <input type="checkbox"/> KUB <input type="checkbox"/> 骨密度 その他 ( )
<b>RI検査</b>	<input type="checkbox"/> I-IMP脳血流〈認知症〉 <input type="checkbox"/> ドパミントランスポーター〈ダットスキャン〉 <input type="checkbox"/> タリウム負荷心筋( エルゴ・薬剤 ) <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> MIBG安静心筋 その他 ( )
<b>内視鏡検査</b>	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸ファイバー
<b>超音波検査</b>	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 腎動脈 <input type="checkbox"/> 下肢動脈 <input type="checkbox"/> 下肢深部静脈 <input type="checkbox"/> 下肢表在静脈(静脈瘤) <input type="checkbox"/> 心臓( 症状出現後もしくは2ヶ月以内の心電図 有・無 ) 有の場合→当日持参をお願いします 無の場合→当院で心電図を施行します
<b>心電図検査</b>	<input type="checkbox"/> トレッドミル <input type="checkbox"/> ホルター心電図
<b>その他検査</b>	<input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 尿素呼気 <input type="checkbox"/> ABI ( 身長: cm 体重: kg )

<備考> ご希望日やご都合が悪い日がありましたらご記入ください。

お申し込みは地域医療連携室までFAX(0725-58-8238)をお願いいたします。

【受付時間】(月～金)9:00～20:00 (土)9:00～17:00 ※祝日除く

2024年12月1日作成