

# 医療法人協仁会 小松病院

## 放射線科検査予約申込書

T E L : 072-823-1521 (代表) F A X : 072-821-7013 (地域医療連携室直通)

医療機関名	
所在地	
電話番号	
FAX番号	担当者：

フリガナ		性別	生年月日
氏名	旧姓 ( )	男 女	大 昭 年 月 日 平 令 ( ) 歳
住所	(〒 )		
電話番号			
希望日	いつでも可・午前・午後	送 迎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (付添： 人)
不可日			送迎時、車イス ⇒ <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 必要あり
体内精密機器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※必ずチェックをお願いします。		

	【MRI検査】 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	【CT検査】 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影
頭部	<input type="checkbox"/> 脳+MRA <input type="checkbox"/> 脳+頭頸部MRA <input type="checkbox"/> 脳+内耳 <input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 中耳 <input type="checkbox"/> (上・下) 顎
頸部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 耳下腺、顎下腺
胸部	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 肺野、縦隔 <input type="checkbox"/> 大動脈
腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 肝、胆、膵、腎 <input type="checkbox"/> 肝～骨盤
骨盤	<input type="checkbox"/> 子宮、卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱	
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙骨、尾骨	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎～仙椎
上肢	<input type="checkbox"/> (左・右) 肩関節 <input type="checkbox"/> (左・右) 肘関節 <input type="checkbox"/> (左・右) 手 <input type="checkbox"/> (左・右) 手関節	
下肢	<input type="checkbox"/> (左・右) 大腿 <input type="checkbox"/> (左・右) 膝関節 <input type="checkbox"/> (左・右) 下腿 <input type="checkbox"/> (左・右) 足 <input type="checkbox"/> (左・右) 足関節	
腫瘍	<input type="checkbox"/> ( ) 軟部腫瘍	<input type="checkbox"/> ( ) 軟部腫瘍
その他	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )