

浜松医療センター 放射線検査①申込書

医療連携室 TEL 053-451-2760 / FAX 053-452-9217

▼ 太枠内のご記入をお願いいたします。

■ 検査年月日

検査年月日	令和 年 月 日	予約時間	時 分
-------	----------	------	-----

■ 患者基本情報

フリガナ				性別	男・女
氏名	様				
生年月日	大正・昭和 平成 年 月 日 () 歳 ・ 令和				
住所	〒 -				
連絡先					
保険者番号				区分	本人・家族
記号			番号		
公費	乳幼児・重度医療・母子医療・生活保護・その他 ()				

■ 検査項目 ※検査部位を記入してください。歯科CTは●が必須項目となります。

乳房撮影	☐ 乳房	一般撮影	☐ 胸部・ ☐ 腹部・ ☐ その他 ()		
骨密度測定	☐ 腰椎 ・ ☐ 腰椎+両大腿骨				
CT	☐ 副鼻腔 ・ ☐ 聴器 ・ ☐ その他 ()				
MRI	☐ 両顎関節 ・ ☐ その他 ()				
歯科撮影	☐ パノラマ ・ ☐ セファロ (正面+側面) ・ ☐ セファロ (側面)				
歯科CT	● 撮影装置 : ☐ 歯科専用CT装置 ・ ☐ CT装置				
	● インプラント方法 : ☐ Sim Plant ・ ☐ 10DR ・ ☐ iCAT ・ ☐ その他				
	● 撮影時装着テンプレート等 : ☐ 有 ・ ☐ 無				
	● インプラント埋入予定部位 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 ○ 撮影等に関するご要望 () ※DVDで提供します。対応OSはWindows (推奨はWindows10) です。Macは起動できません。				

■ 画像提供方法 ※フィルム出力希望のみレ点を記入してください。

提供媒体	☐ フィルム
------	-------------------------------

■ 医療機関情報

医療機関名	TEL	() -
依頼医師名	FAX	() -

■ 浜松医療センター情報 ※記入不要 (浜松医療センター職員が記入します。)

院内ID		医療連携室		放射線科	
備考					