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

★枠内のご記入をお願いいたします。

全年月日 住所 〒 連絡先 保険者番号 記号 公費 検査項目 ※検査部位 乳房撮影 □ CT □ MRI □ 歯科撮影 □	を記入してくださ 乳房 腰椎 ・ [い. 歯科CTは □ 腰椎+両; □ 聴器 	t●が必須項 ————————————————————————————————————	年 子医療 ・ 生: 目となります. - 般撮影	番・	月 号 その他	区)歳	男・女
氏名	・令和 - 乳気を記入してくださ 乳房 腰椎 ・ [副鼻腔 ・ [か児 ・ 重度 い. 歯科CTは □ 腰椎 + 両; □ 聴器	t●が必須項 ————————————————————————————————————	子医療 ・ 生: 目となります.	番 舌保護・	月 号 その他	区((分)歳	
生年月日 大正・ 住所 〒 連絡先 保険者番号 記号 公費 検査項目 ※検査部位 乳房撮影 乳房撮影 □ MRI □ 歯科撮影 □ よおびこ 撮影	・令和 - 乳気を記入してくださ 乳房 腰椎 ・ [副鼻腔 ・ [か児 ・ 重度 い. 歯科CTは □ 腰椎 + 両; □ 聴器	t●が必須項 ————————————————————————————————————	子医療 ・ 生: 目となります.	番 舌保護・	月 号 その他	区((分)歳	
生年月日 住所 〒 連絡先 保険者番号 記号 公費 検査項目 ※検査部位 乳房撮影 □ MRI □ 歯科撮影 □	・令和 - 乳気を記入してくださ 乳房 腰椎 ・ [副鼻腔 ・ [か児 ・ 重度 い. 歯科CTは □ 腰椎 + 両; □ 聴器	t●が必須項 ————————————————————————————————————	子医療 ・ 生: 目となります.	番・	号その他	区(分	本	人・家族
世 所 連絡先 保険者番号 記 号 公 費 検査項目 ※検査部位 乳房撮影 □ 日密度測定 □ CT □ MRI □ 歯科撮影 □ 撮影	乳点 を記入してくださ 乳房 腰椎 ・ [副鼻腔 ・ [い. 歯科CTは □ 腰椎+両; □ 聴器 	t●が必須項 ————————————————————————————————————	目となります.	舌保護・	その他	(人・家族
保険者番号 記号 公費 検査項目 ※検査部位 乳房撮影	を記入してくださ 乳房 腰椎 ・ [副鼻腔 ・ [い. 歯科CTは □ 腰椎+両; □ 聴器 	t●が必須項 ————————————————————————————————————	目となります.	舌保護・	その他	(人・家族
記号 公費 検査項目 ※検査部位 乳房撮影 骨密度測定 CT MRI 歯科撮影 ・ 撮影	を記入してくださ 乳房 腰椎 ・ [副鼻腔 ・ [い. 歯科CTは □ 腰椎+両; □ 聴器 	t●が必須項 ————————————————————————————————————	目となります.	舌保護・	その他	(人・家族
公費検査項目 ※検査部位乳房撮影 □骨密度測定 □CT □MRI □歯科撮影 □撮影・ 撮影	を記入してくださ 乳房 腰椎 ・ [副鼻腔 ・ [い. 歯科CTは □ 腰椎+両; □ 聴器 	t●が必須項 ————————————————————————————————————	目となります.	舌保護・	その他		□ 2 0)	
検査項目 ※検査部位 乳房撮影 □ 骨密度測定 □ CT □ MRI □ 歯科撮影 □ よおびこ 撮影	を記入してくださ 乳房 腰椎 ・ [副鼻腔 ・ [い. 歯科CTは □ 腰椎+両; □ 聴器 	t●が必須項 ————————————————————————————————————	目となります.				□ 2 0)	
乳房撮影	乳房 腰椎 · [副鼻腔 · [□ 腰椎+両;□ 聴器				〕胸部・	□腹部・	□ 7		
骨密度測定 □ CT □ MRI □ 協科撮影 □ 撮影 □ イン ■ 撮影	腰椎・『副鼻腔・『	□聴器	 大腿骨	-般撮影		胸部 •	□ 腹部・	ロその		
CT □ MRI □ 協科撮影 □ 撮影 □ イン ■ 撮影	副鼻腔・[□聴器			•				他()
MRI			・ 🗆 そ							
歯科撮影撮影イン撮影	両顎関節・〔			の他()			
撮影撮影		□その他()					
● イン ● 撮影	パノラマ ・ [□ セファロ	(正面+側	面)・口も	2ファロ ((側面)				
○撮	影装置 ンプラント方法 影時装着テンプし ンプラント埋入 影等に関するご (※DVDで!	: レート等 : 予定部位 要望	□ Sim F	専用CT装置 Plant ・ □ 1年 ・ □ 無 - □ はWindows (i	ODR · □ 8 7 8 7	iCAT •	3 2 1	1 2 3	4 5 6	7 8
	ィルム出力希望の	のみレ点を	記入してく	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	 valta /	′ 近松医療セン	ンター職員カ	「記入します.)						