

画像診断共同利用のお知らせ

～MRI・RI・CT検査のご案内～

放射線科では地域医療連携の一環として、画像診断のご依頼をお受け致しております。患者さんの受診が一回で済み、**放射線専門医によるレポート**も翌日にお送り致します。



お引受けできる
検査は

MRI検査、RI検査、CT検査、骨密度測定（前腕）です。

☆予約検査時間は希望日、時間を優先します

☆検査日翌日12時までに読影レポートを作成します

現在のインターネット環境でWebにてレポートが参照
可能です（設置費用は発生しません）骨密度は検査翌日発送



東芝CT



日立MRI



シーメンスRI - SPECT

検査のご依頼手順

- ①地域医療連携室に検査申し込みのお電話
- ②その場で検査日および時間を決定
- ③予約後、画像診断共同利用予約申込書をお送りください
- ④検査予約表をFAXいたします
- ⑤検査当日は検査開始30分前までにご来院をお願い致します

主な検査費用
の目安

CT(頭部) 約5,000円 MRI(頭部) 約5,000円 RI(脳血流) 約21,000円
※検査費用はいずれも3割負担の場合の目安です

問い合わせ、お申込み等は、
地域連携室までお電話ください！

地域医療連携室 TEL 048-769-1970
FAX 048-769-1971

MRI・RI・CT・骨密度 申込用紙兼紹介状（診療情報提供書）

紹介先医療機関名

申込日

年

月

日

独立行政法人 国立病院機構	東埼玉病院
TEL 048-769-1970 (直通)	
FAX 048-769-1971	

医療機関名	所在地
TEL・FAX	科 医師名
	印

フリガナ		性別	TEL	()
患者氏名		男・女	住所	〒
生年月日	T・S・H 年 月 日 () 歳			
連絡先	() 本人・家族	現在の状況 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中		

東埼玉病院受診歴 有 無 東埼玉病院ID ()

患者情報
【自立歩行】可・車いす・ストレッチャー 【手術歴】無・有 (年 月 術式)
【感染症】無・有 (HCV・HBV・HIV・MRSA) 【妊娠】無・有

MRI希望の方
【体内金属】無・有 (年 月 部位:) 【30分静止】可・不可
【ペースメーカー】無・有 (年 月) 【閉所恐怖症】無・有
【酸素ボンベ】無・有

【傷病名・主症状・検査目的・指示等をご記入下さい】

検査予約日	平成 年 月 日 ()	予約時間	午前・午後 時 分
-------	--------------	------	-----------

放射線検査【必要な検査の項目と検査部位（1ヶ所）をご指定下さい】

<input type="checkbox"/> MRI (造影剤なし)	・頭部 ・骨盤部 ・その他 ()
<input type="checkbox"/> RI (核医学)	・脳血流 ・心交感神経 ・Data-scan (ダットスキャン) ・その他 ()
<input type="checkbox"/> CT (造影剤なし)	・頭部 ・腹部 ・頸部 ・腹部骨盤 ・胸部 ・胸腹部 ・その他 ()
<input type="checkbox"/> 骨密度 (前腕のみ)	身長 cm 体重 kg
Webレポート希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※ お電話での受け付けが終了しましたら、こちらの用紙をFAXして頂き、当日は患者様ご本人に持参させて下さい。