

年 月 日

放射線検査予約票 (FAX 用)

紹介先医療機関

〒151-8528 東京都渋谷区代々木 2-1-3

J R 東京総合病院

紹介元

住 所:

機関名:

電 話:

F A X:

医師氏名:

第1希望: 月 日 () 午前・午後

第2希望: 月 日 () 午前・午後

第3希望: 月 日 () 午前・午後

特記事項 ()

ふりがな		生年	明・大	年	月	日	男・女
患者氏名		月 日	昭・平	(		歳)	
住 所					電 話		
J R 東京総合病院 受診歴		有・無	J R 診察券番号		※分かる場合		

※ 以下、該当項目の種別を **1つだけ** ○で囲んで下さい。

※ 診療情報提供書に「**紹介目的**」「**特に知りたい部位と内容**」「**臨床診断**」を必ずご記入下さい。

No.	種別	検査部位	主な注意事項
1	骨密度	腰椎 + 股関節(左)	・ 腰椎に金属ボルト等がある場合は不可 ・ (左)股関節に人工関節がある場合は[右]の撮影となり、(左)[右]の股関節に人工関節がある場合は検査不可
2	C T	単純C T検査	
3	C T	造影C T検査	・ 造影剤同意書を必ずご記入下さい ・ 問診票の項目に「はい」がある場合は検査不可 ・ 3ヶ月以内の腎機能結果で eGFR30 未満の場合は不可 ・ 事前に状況等調整済みの依頼については撮影可
4	R I	骨シンチグラフィ	・ 検査枠 (月・金) ①13:00 ②13:40 ③14:20 ・ 注射時間は①～③すべて、10:15 固定
5	R I	副甲状腺シンチグラフィ	・ 検査枠 (火・水) ①9:20 ②9:50 ・ 注射 10 分後、90 分後に撮影
6	R I	心筋 Dual シンチグラフィ	・ 検査枠 (月～水, 金) ①9:30 ②10:00 ③10:30 ④14:30 ・ 注射 15 分後に撮影
7	R I	その他のシンチグラフィ	・ 上記以外の検査も承りますので、お問い合わせ下さい。

ご不明な点がございましたら下記にお問い合わせ下さい。

JR 東京総合病院／医療連携室 TEL (03)3373-5931 FAX (03)3370-7478

【 月曜日～金曜日、土曜日 (第2・4) 8時30分～17時00分 】