大阪はびきの医療センター　ＦＡＸ：０７２－９５７－８０５１

申込日　令和　　　年　　　月　　　日

CT・MRI・RI　検査予約申込書

貴医療機関名 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

ご住所　　　 （〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

貴医師名 　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

電話番号　　 （　　　　　　）　　　　　　　―

ＦＡＸ　　　 （　　　　　　）　　　　　　　―

■　希望される検査（　☑印を付けてください　）

|  |  |
| --- | --- |
| □CT | □単純　　□頭部　□頸部　□胸部　□上腹部　□骨盤部　□上肢　□下肢　□脊椎  □造影　　□胸部～骨盤部　□上腹部～骨盤部 |
| □MRI | □単純  □造影 |
| □RI | □骨シンチ |

■　病名 及び 目的について～日本語でお願いします～

|  |
| --- |
|  |

■　受診を希望される日をご記入お願いします

|  |
| --- |
| ・第1希望日（　　　　　　　　）　・第2希望日（　　　　　　　　）　※都合の悪い日（　　　　　　　　） |

■　ご紹介いただきます患者さまについてご記入お願いします

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  | 性別 |  |  |  |
| 患者氏名 |  |  | 男・女 |  | ※旧姓（名字変更の場合記入） |  |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日生まれ（　　　　　歳） | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | |
| 住所 | 〒  □頭部　□頸部　□胸部(縦隔)　□上腹部　□骨盤部　□上肢　□下肢　□脊椎  □MRCP（単純検査にチェック） | | | | | |
| 電話 | （　　　　　）　　　　－ | | 携帯電話 |  | | |
| 当院受診歴 | □　無　　　□　有　　ID番号　（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 患者状況 | □　外来患者（　□　貴院待機中　　※　患者様がお待ちの場合はチェックして下さい　） | | | | | |
| □　入院患者（　□　出来高算定　　□　DPC　　□　その他　) | | | | | |
| 保険 | □　健康保険　　□　生活保護　　□　労災　　□　その他 | | | | | |
| 特記事項 | ＡＤＬ　（　独歩　・　車椅子　・　ストレッチャー　） | | | | | |

■　当日検査来院時、持参画像の有無（　☑印を付けてください　）

　　　　　　　　□　有　　⇒　（　有の場合　□　ＣＤ　□　フイルム　）　・　□　無

※　ご記入の上、診療情報提供書と共にＦＡＸして頂きますようお願いいたします。

（貴院所定の診療情報提供書がない場合は、当センター専用用紙をご利用ください。ホームページよりダウンロード可能です。）

予約通知書 は患者さまにお渡しください。

大阪はびきの医療センター　地域医療連携室　　電話：【直通】072-957-8030　（代表）072-957-2121