

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	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 脊椎
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤部 <input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤部
□MRI	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部(縦隔) <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 脊椎
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> MRCP (単純検査にチェック)
□RI	<input type="checkbox"/> 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	※旧姓(名字変更の場合記入)	
患者氏名		男・女		
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	〒			
電話	()	—	携帯電話	
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ID番号 ()			
患者状況	<input type="checkbox"/> 外来患者 (<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 入院患者 (<input type="checkbox"/> 出来高算定 <input type="checkbox"/> DPC <input type="checkbox"/> その他)			
保険	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 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 フィルム) ・ 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。