

FAX

03-3307-0013

一般社団法人 至誠会第二病院 地域医療連携室行き

FAX 受付時間 月～金 9:00～15:00 土 9:00～11:30 (第1・3土曜日、年末年始、日祝祭日は休診)

保険者番号		公費負担番号	
記号・番号		公費受給者番号	
被保険者との続柄	本人・家族	有効期限	年 月 日
有効期限	年 月 日	負担割合	1割・2割・3割

画像診断検査予約申込書 (診療情報提供書)

記載日 年 月 日

一般社団法人至誠会第二病院 放射線科 宛

紹介元医療機関名

当院受診歴	無・有 (年 月頃) ・不明
当院ID番号	
検査希望日	<input type="checkbox"/> 早めに <input type="checkbox"/> 第一希望 月 日 () <input type="checkbox"/> 第二希望 月 日 () <input type="checkbox"/> 都合の悪い日・曜日 ()

住所

TEL

FAX

医師名

(診療科)

④

科)

フリガナ		男・女	TSH 年 月 日 才
患者氏名			
住所	〒		自宅 TEL () 携帯 TEL ()

ご希望の検査内容	<input type="checkbox"/> CT (単純・造影)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> MRI (単純・造影) ※6ヶ月以内にステント又はクリップしている方は検査出来ません。	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 消化管	<input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 肩関節 (右・左)	<input type="checkbox"/> 股関節 (右・左) <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> XP 胸部 (正面のみ・正面+2方向) / その他 ()	<input type="checkbox"/> マンモグラフィー		
	<input type="checkbox"/> 骨密度	<input type="checkbox"/> 胃透視	<input type="checkbox"/> 注腸検査	<input type="checkbox"/> 大腸CTC
	<input type="checkbox"/> インプラント術前 CT (顎:上・下・上下) (ステント:有・無) (画像データ:CD-R・SimPlant・iCAT・フィルム)			

※検査項目と検査部位に☑印、単純/造影はいずれかに○印、()は○印又は必要事項を明記して下さい。

検査目的・治療経過・その他の臨床情報・現在の処方

下記項目にチェック☑をお願いします。

アレルギー・喘息の既往 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	画像は原則 CDR でお渡しします。 <input type="checkbox"/> 画像 CDR+報告書 <input type="checkbox"/> 報告書のみ (画像不要) <input type="checkbox"/> フィルム+報告書
感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> W 氏 <input type="checkbox"/> MRSA	
<u>造影検査の場合は必ず下記をご記入お願いします。</u>	
腎機能障害: 有・無 クレアチニン値 ()	