

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 9:00～16:00 土 9:00～12:00 (日曜、祝祭日、年末年始は休診)

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) (印) 科)

フリガナ		男・女	T・S・H・R	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"/> 骨盤 <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・正側面) / その他 ( )	
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> +3D	<input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> +体組成 <input type="checkbox"/> 大腸CTC

※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 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をお願いします。</u> 腎機能障害：有・無 クレアチニン値 ( )	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
---	---