

志村大宮病院 CT・MRI 検査申込票

診療情報提供書

- ・以下の項目に必要事項をご記入ください。
- ・検査は【単純撮影のみ】の受付となります。
- ・ご記入後、【本書】をFAXにてご送信ください。MRI検査の場合は【問診票】もご送信下さい。
- ・検査当日は【本書】を(MRI検査は【問診票】も)ご持参ください。

申込日 年 月 日

| 紹介元医療機関 | |
|---------|-----------------------|
| 【医療機関名】 | 【所在地】 |
| 【医師名】 | 【連絡先】 TEL: FAX: |

| 紹介患者情報 | |
|-------------|---------------|
| (フリガナ)..... | 生年月日: 年 月 日 |
| 患者氏名: | 性別: 男 ・ 女 |
| | ご本人様電話番号: () |
| 保険者番号 | 本人 公費負担者番号 |
| 記号・番号 | 家族 受給者番号 |

↑ どちらかに○記入 老人保健負担割合()割

| 検査希望日 | | 時間 | | |
|-------|-------|------------------------|----|----|
| 第一 | 年 月 日 | 当日 *電話にてご相談ください | 午前 | 時頃 |
| 第二 | 年 月 日 | | 午後 | 時頃 |

| ○記入 | 検査部位 | | | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| | 検査項目 | CT | | | | |
| <input type="checkbox"/> 頭部 | | <input type="checkbox"/> 眼窩 | <input type="checkbox"/> 内耳 | <input type="checkbox"/> 副鼻腔 | <input type="checkbox"/> 顔面骨 | |
| <input type="checkbox"/> 頸部 | | <input type="checkbox"/> 胸部 | <input type="checkbox"/> 腹部 | <input type="checkbox"/> 大動脈 | <input type="checkbox"/> その他() | |
| MRI | <input type="checkbox"/> 頸椎 | <input type="checkbox"/> 胸椎 | <input type="checkbox"/> 腰椎 | <input type="checkbox"/> 四肢 | <input type="checkbox"/> 骨部() | |
| | <input type="checkbox"/> 頭部 | <input type="checkbox"/> 下垂体 | <input type="checkbox"/> 眼窩 | <input type="checkbox"/> 内耳 | <input type="checkbox"/> 副鼻腔 | <input type="checkbox"/> 頸部 |
| | <input type="checkbox"/> 頸椎 | <input type="checkbox"/> 胸椎 | <input type="checkbox"/> 腰椎 | <input type="checkbox"/> 肩関節 | <input type="checkbox"/> 膝関節 | <input type="checkbox"/> 股関節 |
| | <input type="checkbox"/> 腹部MRCF | <input type="checkbox"/> 頭部MRA | <input type="checkbox"/> 頸部MRA | <input type="checkbox"/> 腹部MRA | <input type="checkbox"/> 下肢MRA | |

※ご希望の撮像方法、画像処理がありましたら、ご記入ください。

| 傷病名・症状経過および治療経過等 |
|------------------|
| 傷病名: 経過: |

*ご不明な点は、地域医療連携センターにお問い合わせください。
 連絡先: 志村大宮病院 画像検査センター
 TEL : 0295-53-1111(内線:2130)
 FAX : 0295-53-7206