

聖ヨゼフ病院 MRI・CT FAX予約申込書

(診療情報提供書)

令和 年 月 日

貴医療機関名称

住所 〒 ()

電話番号 — — FAX — —

先生のお名前 先生

聖ヨゼフ病院の受診歴：□有 □無 □不明

※ありましたら診察券番号をご記入下さい。

--	--	--	--	--	--

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男・女 (M) (F)	年 月 日 (歳)
現住所	〒 ()	電話	— —
連絡先		電話	— —

主保険	保険者番号						記号・番号						1. 本人
													2. 家族
併用保険	負担者番号						受給者番号						給付割合
	1											0割・1割・2割・3割	□併用無し
	2											()	

検査依頼	<input type="checkbox"/> CT (単純・造影)	<input type="checkbox"/> 緊急	
	<input type="checkbox"/> MRI (単純・造影) <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 普通	
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 心血管 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部		
	<input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮卵巣		
	標的臓器 ()	フィルムコピー (要・不要)	
臨床情報(主訴、経過)		CDコピー (要・不要)	
仮診断：			
手術の既往 (有・無) [手術名		年 月 日]	
ご依頼先生のチェック項目		ご依頼先生のサイン：	
有・無	心臓ペースメーカー (MRI検査時のみ)	有・無	造影剤に対する過敏症の既往
有・無	脳動脈クリップ	有・無	気管支喘息
有・無	人工弁	有・無	薬剤過敏症・食餌性アレルギー
有・無	体内の金属・異物 部位： 材質：	有・無	閉所恐怖症
		有・無	腎機能障害
有・無	妊娠 (週)	体重	k g

FAX：046-824-8076

地域連携室直通

電話：046-824-8071