

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 平成 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: M・T・S・H 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	平成 年 月 日	午前 時頃
当日	*電話にてご相談ください	
第二	平成 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() <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()
	MRI	<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MRCP <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