

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()
		<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