

CT・MRI・骨塩定量検査予約申込書 (FAX送信票)

申込日 年 月 日

フリガナ

患者氏名 様 (男・女) 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 (歳)

住 所 〒 TEL

希望日(第1希望) 年 月 日 希望日(第2希望) 年 月 日

当院への受診歴 (有・無・不詳 有の場合 患者ID:)

紹介元医療機関名	
所在地	
電話番号	
F A X	科 先生
検査部位 (具体的な方向の指示などございましたら、欄外にご記入下さい)	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI / <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症ではない その他 (<input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> MRI+MRA <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> MRCP+MRI) <input type="checkbox"/> 骨塩定量 (<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 踵骨)
	<input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純 / <input type="checkbox"/> 読影を希望する (読影は1週間前後かかります)
	※MRI検査を委託の場合 / 『MRI問診票』をご用意下さい。 ※造影検査を委託の場合 / 『アレルギー問診票』『処方箋の写し』をご用意下さい。
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 (<input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 腹部 (<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 骨盤腔 (部位:) <input type="checkbox"/> 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 四肢 (上肢 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) 下肢 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) その他 (部位:)) <input type="checkbox"/> 肩 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> 股関節 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> その他 (部位:)
臨床経過 及び 検査目的	
検査指示	(画像形態) <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R (画像送付方法) <input type="checkbox"/> お持ち帰り <input type="checkbox"/> 郵送
会 計	<input type="checkbox"/> 当院で保険診療を希望 <input type="checkbox"/> 貴院で保険診療を希望

【FAX受付時間】 8:30~17:00(休診日を除く)

【休 診 日】 日曜・月曜・祝日・年末年始12月29日~1月3日

【連 絡 先】 国保依田窪病院 患者サポートセンター

FAX番号 (直通) : 0268-68-0091 電話番号 (直通) : 0268-68-0090