

オープン検査予約申込書 兼 診療情報提供書

医療機関名：

TEL：

医師名：

印

FAX：

◆患者様情報についてご記入ください。

フリガナ		性別	生年月日		
氏名	様	男・女	年	月	日(満歳)
住所	〒	電話			
保険者番号		本人・家族	公費負担番号		負担割合
記号	番号	受給者番号			割

◆ご希望の検査に✓または○をつけてください。

※造影の場合は、3ヶ月以内の腎機能等の採血結果、ならびに処方箋も一緒にFAXしてください。

<input type="checkbox"/> MRI	単純・造影	<input type="checkbox"/> CT	単純・造影	※ペースメーカーの有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
部位	頭部 (ルーチン・内耳道・VSRAD)		脊椎 (頸・胸・腰・仙)	
	上肢 (肩・肘・手関節) <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右		下肢 (股関節・膝・足関節) <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	
	胸部 (ルーチン・心臓)		腹部 骨盤部 MRCP	
	その他 ()			
<input type="checkbox"/> 診察不要	放射線科医による読影レポートをFAXします。市民検診等のレポートにも対応します。			
<input type="checkbox"/> 診察希望	<input type="checkbox"/> 医師の指定なし <input type="checkbox"/> 希望あり ()		科	先生 ()

<input type="checkbox"/> 内視鏡	上部消化管 (<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻) 鎮静 (なし・あり)
	大腸 (便秘 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) 鎮静 (なし・あり)
内服確認	抗血小板・抗凝固薬の服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	ありの場合、休薬の可否 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 (月 日～中止)
<input type="checkbox"/> その他	腹部エコー・心エコー・下肢静脈エコー・頸動脈エコー・骨密度・VF(嚥下造影検査)

◆受診希望について、必要箇所にご記入ください。

第一希望	20 年 月 日 ()	<input type="checkbox"/> 希望なし 不都合な日
第二希望	20 年 月 日 ()	
第三希望	20 年 月 日 ()	

診療情報提供書

病名	
主訴・病歴等	<input type="checkbox"/> 定期フォロー目的にて検査を希望します。病状変化/ なし・あり ()

※ 申込書を受信後、ただちに「予約票」を返送いたします。患者様へお渡しください。

※ 受付時間外のお申し込みは、翌診療日のお取り扱いとなります。