

FAX 0721-23-6953

ご記入いただきましたらこの申込用紙をFAXでお送りください。

FAX送信後、患者様にこの用紙(原本)をお渡しし、検査当日、必ずお持ちになるようお伝えください。

PL病院 CT/MRI 検査申込書 (診療情報提供書)

※この用紙は診療情報提供書(紹介状)を兼ねています。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		電話番号	() -
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	受診歴	有 ・ 無
貴医療機関名		電話番号	- -
貴院医師名	印	FAX番号	- -

下記の項目に☑または、必要事項を記入してください。

紹介目的	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 内臓脂肪測定 <input type="checkbox"/> 整形領域 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 歯科インプラント【自費】 (10DR・デンツプライ IH・患者渡し・他)
	<input type="checkbox"/> MRI 【検査不可】 ペースメーカー 脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部(MRAあり) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 膝 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 肩 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> その他 ()
※CT・MRIの単純撮影の検査結果は、原則、翌日お返しします。 ※CT・MRIの造影検査は、他の検査と重なるため、木曜午後はお受けすることができません。			

検査希望日	月 日 ()
-------	---------

傷病名	
-----	--

既往歴および家族歴・症状経過および検査結果・治療経過・現在の処方

その他記入欄	
--------	--

