

オープン検査予約申込書 兼 診療情報提供書

申込日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 医療機関名: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_  
 医師名: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

◆ 患者さん情報についてご記入ください **注: 当院では心臓ペースメーカーがある方は、MRI検査を実施できません**

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様		年 月 日 (満 歳)
住所	〒	電話	
保険者番号		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☑をつけてください ※ 造影の場合は最新の採血データ並びに処方内容を添付してください

<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影	ペースメーカー <input type="checkbox"/> なし
部 位	<input type="checkbox"/> 頭部 ( <input type="checkbox"/> ルーチン・ <input type="checkbox"/> 内耳道・ <input type="checkbox"/> MRA・ <input type="checkbox"/> VSRAD)		<input type="checkbox"/> 脊椎 ( <input type="checkbox"/> 頸・ <input type="checkbox"/> 頸MRA・ <input type="checkbox"/> 胸・ <input type="checkbox"/> 腰・ <input type="checkbox"/> 仙)	
	<input type="checkbox"/> 上肢 ( <input type="checkbox"/> 肩・ <input type="checkbox"/> 肘・ <input type="checkbox"/> 手関節) <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右		<input type="checkbox"/> 下肢 ( <input type="checkbox"/> 股関節・ <input type="checkbox"/> 膝・ <input type="checkbox"/> 足関節) <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右	
	<input type="checkbox"/> 胸部 ( <input type="checkbox"/> ルーチン・ <input type="checkbox"/> 心臓)		<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> MRCP	
	<input type="checkbox"/> 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いたします。			
<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	<input type="checkbox"/> 上部消化管 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻	鎮静 ( <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり )
	<input type="checkbox"/> 大腸	鎮静 ( <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 骨密度 <input type="checkbox"/> 負荷心電図 (エルゴメーター)	

◆ 受診希望について☑の上、必要箇所をご記入ください

<input type="checkbox"/> 希望なし	不都合な日 ( )	<input type="checkbox"/> 希望あり	※以下に希望日をご記入ください。
第1希望	月 日 ( )	第2	月 日 ( )
		第3	月 日 ( )

診療情報提供書

病名	
主訴・病歴等	<input type="checkbox"/> 別紙参照 <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 / <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり

※ 申込書を受診後、ただちに「予約票」を返送いたします。患者さんへお渡し願います。  
 ※ 受付時間外のお申込みに関しましては、翌診療日のお取り扱いとなります。