

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。

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。

<input type="checkbox"/> MRI	単純・造影	<input type="checkbox"/> CT	単純・造影	※ 造影の場合は最新の採血データならびに処方内容を添付してください。
部位	頭部 (ルーチン・内耳道・MRA)	脊椎 (頸・頸MRA・胸・腰・仙)		
	上肢 (肩・肘・手関節) <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	下肢 (膝関節・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いたします。			
<input type="checkbox"/> 診察希望	<input type="checkbox"/> 医者の指定なし <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 (なし・あり)			
	<input type="checkbox"/> 大腸 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・骨密度・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希望	月 日 ()	第3希望	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/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。患者さんへお渡し願います。

※ 受付時間外のお申し込みに関しましては、翌診察日のお取り扱いとなります。