

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	枝番	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"/> 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。
 ※ 受付時間外のお申込みに関しましては、翌診療日のお取り扱いとなります。