

科

先生御侍史

送信元

貴院名

住所

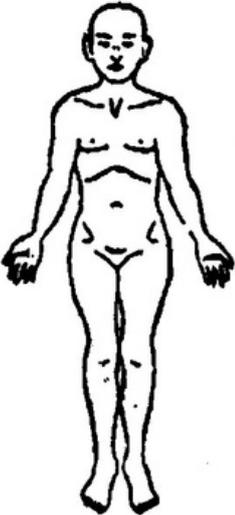
TEL

FAX

医師名

※下記項目にチェックを入れて下さい

検査依頼書 診療情報提供

ふりがな				性別	男・女
患者氏名					
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日生	年齢()歳
検査項目 (○印)	CT (単純・造影) MRI (単純・造影) 骨密度測定				
検査日時	令和	年	月	日()	時 分より
検査部位	CT <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部(上腹部中心・骨盤腔中心) <input type="checkbox"/> 胸腹部				
	<input type="checkbox"/> 関節(右・左) <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 血管(部位) <input type="checkbox"/> その他()				
	MRI <input type="checkbox"/> 頭部 (<input type="checkbox"/> MRA) <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・胸腰椎移行部・腰椎)				
	<input type="checkbox"/> 骨盤腔(前立腺・子宮卵巣) <input type="checkbox"/> 腹部(肝・腎・MRCP・MRU・その他) <input type="checkbox"/> 関節(右・左) <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 血管(部位) <input type="checkbox"/> その他()				
	コメント(既往歴・現症など 患者さまの情報)				
感染症の有無	有()・無・不明				

※下の欄は正確にご記入下さい。また指定された日時に必ず保険証をご持参下さい。

(以前に当院を受診されたことのある方は診察券もお持ち下さい。)

保 險 証	保険者番号				記号	番号
	公費負担者番号				公費受給者番号	
	区分	本人・家族 ()			その他 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 私費 <input type="checkbox"/> 無保険	