

MRI・CT検査依頼書（診療情報提供書）

申込日 平成 年 月 日

医療法人社団高志館

レイクタウン整形外科病院

〒 343-0828

埼玉県越谷市レイクタウン5-13-6

TEL 048-987-2277

FAX 048-987-2278

ご紹介元医療機関

所在地

名称

電話番号

医師氏名

患者	フリガナ		生年月日	明・大	年	月	日												
	氏名			昭・平			(歳)												
	住所	〒 _____ TEL 自宅 () - _____ 連絡先 () - _____																	
病名			主訴																
ご提供形式		1.患者様お渡し 2.貴院へ郵送																	
検査希望日		1.いつでも可 2.なるべく早急に 3.ご希望曜日 (曜日) 4.第1希望日 (月 日) 第2希望日 (月 日) 第3希望日 (月 日)																	
<input type="checkbox"/> MRI		<input type="checkbox"/> CT		①検査目的															
検査部位																			
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 股関節																		
<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> (左・右) 膝関節																		
<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> (左・右) 足関節																		
<input type="checkbox"/> (左・右) 胸部	<input type="checkbox"/> (左・右) その他																		
<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/> 腰部	[]																		
検査チェック項目				ご記入に際してのお願い ① 必要事項をご記入の上、FAXしてください。折り返し直ぐに、検査日についてご連絡させていただきます。 ② 事前にご紹介患者のカルテを作成いたしますので、できましたら下記に保険証の記号番号等をご記入下さい。															
・ヨード過敏症		有・無																	
・喘息		有・無																	
・妊娠		有・無																	
・不整脈		有・無																	
・てんかん		有・無																	
埋め込み金属				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">保険区分</td> <td></td> </tr> <tr> <td>本人 ・ 家族</td> <td style="text-align: center;">負担割合 割</td> </tr> <tr> <td>保険者番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>公費番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>記号・番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td></td> </tr> </table>				保険区分		本人 ・ 家族	負担割合 割	保険者番号		公費番号		記号・番号		受給者番号	
保険区分																			
本人 ・ 家族	負担割合 割																		
保険者番号																			
公費番号																			
記号・番号																			
受給者番号																			
・心臓ペースメーカー		有・無																	
・動脈瘤クリップ		有・無																	
・その他動脈クリップ・ステント		有・無																	
・心臓人工弁（機械弁）		有・無																	
・消化管吻合用クリップ		有・無																	
・人工内耳		有・無																	
・義眼		有・無																	
・人工関節・骨頭		有・無																	
・その他		有・無																	
[]																			