

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

ご紹介元医療機関

〒 343-0828

所在地

埼玉県越谷市レイクタウン5-13-6

名称

TEL 048-987-2277

電話番号

FAX 048-987-2278

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				②現病歴			
・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				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。			
埋め込み金属				保険区分			
・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 []				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			