

令和 年 月 日

検査予約依頼書(放射線科) (診療情報提供書兼用)

大阪府済生会茨木病院

地域医療連携室 行

TEL 072-622-9399(直通)

FAX 072-622-8748(直通)

TEL 072-622-8651(代表)

医療機関名

医師名

TEL

FAX

フリガナ			男 ・ 女
氏名	(姓)	(名)	
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日生 (才)	
住所	〒 TEL ()		

記号			負担者番号										
番号			受給者番号										
保険者番号													
被保険者名			本人・家族	資格取得									
資格取得			有効期限	負担割合	割								
有効期限			★保険証のコピーをFAXでお送りいただく場合は、保険情報の記入は省略していただいても結構です。										

【お願い】

- ・事前にカルテを準備いたしますので、保険情報は必ずご記入下さい。
- ・お手数ですが、保険証・医療証等は来院時に再度原本にて確認をさせていただきます。
- ・検査予約日は、なるべく早くFAXにてお知らせ致します。延滞の場合はお問合せ下さい。
- ・検査・予約等、ご不明な点がございましたら地域医療連携室までお問合せ下さい。

1. 患者様の状態

臨床症状・検査目的・病名

--

感染症 無 ・ 有【B型肝炎・C型肝炎・梅毒・他()】

妊娠 無 ・ 有

搬送形態 独歩 ・ 車椅子

2. 希望検査項目 ※MRI検査をご希望の場合は、★印もご記入下さい。

一般 ・ CT ・ MRI(★) ・ MRA ・ DEXA

◆撮影部位 ・オープン検査では造影撮影を行っていません。

頭部(眼・耳・鼻), 軀幹(頸部・胸部・上腹部・下腹部)

脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙椎・骨盤), 四肢()

希望検査方法

--

CD-R ・ フィルム

★MRI検査をご希望の場合

ペースメーカー 無 ・ 有

心臓人工弁 無 ・ 有

体内金属 無 ・ 有()

入れ墨 無 ・ 有

手術クリップ 無 ・ 有

1時間静止 可 ・ 不可

3. 希望検査日 ご希望の検査日を、第3希望までご記入下さい。

検査実施日 (月・火・水・木・金 の午後)

(当日・午前・土曜日をご希望の場合も、なるべく調整させていただきます。)

第1希望	月	日 ()
第2希望	月	日 ()
第3希望	月	日 ()