

放射線検査 依頼書 (FAX送信票)

紹介医療機関名

医師名

連絡先

TEL:

FAX:

□にチェックを入れ、検査依頼部位(一箇所のみ)を○で囲んでください。

MR		<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影
頭部	脳	脳+MRA	副鼻腔 その他()
頸部	頸部	頸部MRA	その他()
胸部	胸部	乳腺	その他()
腹部	肝 (EOB・Gd-DTPA)	膵 MRCP	腎 その他()
骨盤	子宮卵巣	膀胱前立腺	股関節 その他()
脊椎	頸椎	胸椎	腰椎 その他()
上肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	上腕・肘関節・前腕	手関節・手・その他()
下肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	大腿・膝関節・下腿	足関節・足・その他()
その他	部位()		軟部腫瘍()

CT		<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 造影
頭部	脳	副鼻腔	その他()
頸部	頸部		その他()
胸部	胸部	胸腹部	その他()
腹部	肝胆膵	上下腹部	下腹部 その他()
脊椎	頸椎	胸椎	腰椎 その他()
上肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	上腕・肘関節・前腕	手関節・手・その他()
下肢	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	大腿・膝関節・下腿	足関節・足・その他()
下肢血管	<input type="checkbox"/> 動脈	<input type="checkbox"/> 静脈	
その他			

検査日	ご都合の悪い日や曜日 ()
女性患者様	<input type="checkbox"/> 妊娠なし <input type="checkbox"/> 妊娠中でも検査必要 <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> 不明

患者基本情報

フリガナ		性別
患者氏名		男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
住所		
電話番号	TEL ()	

保険情報		公費	
保険者番号		負担者番号	
記号・番号		受給者番号	
資格取得日		有効期間	
有効期限		福祉医療	
本人・家族区分	本人 ・ 家族	福祉記号	
被保険者		受給者番号	
一部負担金割合		有効期間	

連絡事項等	*MRI予約には、ペースメーカー装着(検査不可)、人工心臓弁、人工骨頭等の安全確認及び入れ墨部位での本人了解をお願いいたします。 *造影剤使用のCT・MRI予約には、アレルギー・喘息等の有無の確認をお願いいたします。
-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------