

放射線検査予約依頼書・診療情報提供書

令和 年 月 日

大東中央病院

地域医療連携室	TEL	072-870-0217	FAX	072-870-0204(直通)
医事課	TEL	072-870-0200	FAX	072-870-0202(代表)

紹介元医療機関情報(必ずご記入ください。)

所在地

名称

電話

FAX

医師名

検査希望日

① 月 日 ()

② 月 日 ()

③ 希望なし

ご都合の悪い日

月 日 ()

●患者基本情報(当院ID:)

●未成年の場合は家族同伴をお願いします

フリガナ		旧姓	性別	生年月日
患者氏名	様		男・女	M・T S・H 年 月 日
住所	〒 -			
自宅TEL		携帯TEL		

●保険情報(保険情報は、ご記入いただくか保険証等をFAXして下さい)

被保険者証

保険者番号		保険者・事業所名			
記号・番号		資格取得日		被保険者との続柄	本人家族
被保険者氏名		負担割合	割	有効期限	

病名・検査目的・既往歴等(貴院の診療情報提供書等を使用して頂いても結構です)

●MRI検査部位 ☐単純 ☐造影

※問診票は必須です。問診票なき場合は検査できません。

※造影の場合は血液データにより検査できない場合があります。同意書・問診票は必須です。

・頭部 ・頸部MRA ・頸椎 ・腰椎 ・肝臓 MRCP ・子宮/卵巣 ・前立腺
・肩(右・左) ・膝(右・左) ・股関節(右・左) ・その他()

●CT検査部位 ☐単純 ☐造影

※造影の場合は血液データにより検査できない場合があります。同意書・問診票は必須です。

・頭部 ・副鼻腔 ・頸部 ・胸部 ・上腹部 ・骨盤腔 ・上腹部～骨盤
・頸椎 ・胸椎 ・腰椎 ・四肢() ・その他()

●骨密度 ☐腰椎 ☐腰椎・左大腿骨 ●その他()

(注)検査当日、予約票を初診受付に提出頂きますようお願いいたします。

予約受付時間(祝日は除く)

地域医療連携室 : 月・金 9:00~19:00 火・水・木 9:00~17:30 土 9:00~13:00

医事課(代表) : 火・水・木 17:30~19:00 (19:00以降は翌日対応となりますので、ご了承下さい)