

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でお願いします

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 9:00～17:00 土 9:00～13:00

※上記以外の時間帯は翌日の対応となりますので、ご了承下さい。