

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(直通)	FAX TEL	072-870-0204 072-870-0217
紹介元医療機関情報(必ずご記入ください。)			検査希望日
所在地	① 月 日 ()		備考
名称	② 月 日 ()		
電話	ご都合の悪い日		
FAX	月 日 ()		
医師名			

受診の際には予約票・予約依頼書・診療情報提供書・健康保険証等を受付に提出頂きますようご指導をお願いいたします

●患者基本情報

フリガナ		性別	生年月日		
患者氏名	様	男・女	M・T S・H	年	月
大東中央受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (ID:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明				
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			

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・大腿骨

●その他 ()

予約受付時間(日・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対応となりますのでご了承ください