

検査依頼申込書 【CT MRI】

受託検査

紹介検査

社団法人 啓愛会 宝陽病院

〒028-3111 岩手県花巻市石鳥谷町新堀第15地割23番地

TEL: 0198-45-6500

FAX: 0198-45-6765

(単純検査のみ)

患者情報	患者氏名		性別	生年月日		
	(フリガナ)		男・女	大 昭 平 令	年 月 日 (歳)	
	連絡先	住 所				
		(〒 -)				
自宅電話		携帯電話				
()		()				

◆ 保険証の写しまたは保険情報が確認できるものを併せてFAX送信してください。

◆ 事前に地域連携室へ電話をお願いいたします。

検査希望日	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→ 第1希望: 令和 年 月 日 () AM・PM 第2希望: 令和 年 月 日 () AM・PM 備考: _____
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニングチェア <input type="checkbox"/> ストレッチャー
予想される疾患	
撮影依頼(部位)	<input type="checkbox"/> C T (頭部 胸部 腹部 胸腹部 その他) <input type="checkbox"/> M R I (頭部 頸椎 胸椎 腰椎 腹部 関節部 その他) 備考: _____
検査結果の受け渡し	*画像データ(DVD-R) 検査当日に患者さんへお渡ししますので、紹介元医療機関にて受け渡しのご指示をお願いいたします。 *読影レポート 検査日の2週間以内に、郵送にて発送いたします。

◆ 『MRI検査チェックシート』を併せてFAX送信してください。(MRI場合のみ)

紹介元医療機関	医療機関名			
	所在地			
	紹介医師名	(診療科)	科	(医師氏名)
	TEL		FAX	