

診療情報提供書（検査依頼）

年 月 日

ご紹介先

【公立八鹿病院】

放射線科担当医

ご紹介元

【
先生
TEL
FAX

患者様情報

（八鹿病院のカルテ番号がお分かりになればご記入ください）〈No. >>

フリガナ	生年月日
氏名 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日（ 歳）
住所 〒	連絡先 TEL - - 携帯 - -
保険情報	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 労災

目的、診断名及び検査部位（できるだけ詳しくお願いします）

目的

診断名

CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部
	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>
	造影剤（ <input type="checkbox"/> 要 , <input type="checkbox"/> 不要 ）
MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 内耳道 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部
	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎
	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/>

備考

*薬剤アレルギー 有 ・ 無 *妊娠の可能性 有 ・ 無 *体内金属 有（ ） ・ 無

FAX予約 電話予約（決定済）

第1希望 月 日 曜日 （決定日）	患者様のご都合のつなかい日がありましたら、 あらかじめお教えてください
第2希望 月 日 曜日	
<input type="checkbox"/> できるだけ早く（緊急性の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）	
<input type="checkbox"/> いつでも可	
<input type="checkbox"/> 未定（患者予約*予約方法の説明書もお渡してください）	