

放射線科検査依頼票(FAX送付票)

紹介元医療機関の所在地・名称 _____ 申込日 平成 ____年 ____月 ____日
〒 _____

_____ 先生

電話番号 _____

FAX番号 _____

放射線科検査申込内容(必要な項目の口に、チェックVを入れて下さい)

CT検査(単純のみ)

※ 検査部位 胸部 その他()
※ 造影CTの場合は、該当診療科に受診が必要です。お電話にてお問い合わせ下さい。

MRI検査(単純のみ)

※ 検査部位 胸部 その他()
※ 造影MRIの場合は、該当診療科に受診が必要です。お電話にてお問い合わせ下さい。

読影希望の有無

希望する 希望しない
※ 撮影画像の提供方法はCD-Rで行います。
※ 読影結果はおおよそ1週間前後で郵送いたします。

予約希望日 平成 ____年 ____月 ____日

傷病名・症状

患者さま基本情報

患者さまの基本情報・保険情報の提供をお願いします。

ふりがな		性別	生年月日		
患者氏名		男 女	M・T・S・H	年	月 日生
患者住所	〒 _____	TEL _____			

保険情報

【被保険者証】		【公費負担医療受給者証】	
保険者番号		公費負担者番号	
記号・番号		受給者番号	
資格取得日	年 月 日	有効期間	~
世帯主		【高齢受給者証】	
保険者名		公費負担者番号	
		受給者番号	
		有効期間	~
		負担割合	1割 3割
当院受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(診察券番号)			