

聖ヨゼフ病院 MRI・CT FAX 予約申込書

(診療情報提供書)

平成 年 月 日

貴医療機関名称

住所 〒 ( )

電話番号 - - FAX - -

先生のお名前 先生

聖ヨゼフ病院の受診歴:  有  無  不明

※ありましたら診察券番号をご記入下さい。

--	--	--	--	--	--

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男・女 (M) (F)	年 月 日
現住所	〒 ( )		
連絡先	電話 - -		

主保険	保険者番号								記号・番号								1. 本人		
																	2. 家族		
併用保険	負担者番号								受給者番号								給付割合	<input type="checkbox"/> 併用無し	
	1																	0割・1割・2割・3割	
	2																	( )	

緊急  
 普通

C T (単純・造影)  MRI (単純・造影)  MRA  MRCP

頭部  頸部  副鼻腔  胸部  心血管  上腹部  下腹部  
 骨盤  頸椎  胸椎  腰椎  四肢  乳腺  前立腺  子宮卵巣

臨床情報 (主訴、経過)
 
 緊急  
 普通

仮診断:  
 手術の既往 (有・無) [手術名 年 月 日]

ご依頼先生チェック項目 ご依頼先生のサイン:

有・無	心臓ペースメーカー (MRI 検査時のみ記入)	有・無	造影剤に対する過敏症の既往
有・無	脳動脈クリップ	有・無	気管支喘息
有・無	人工弁	有・無	薬剤過敏症・食餌性アレルギー
有・無	体内の金属、異物など 部位: 材質:	有・無	閉所恐怖症
		有・無	腎機能障害
有・無	妊娠 ( 週)	体重	kg

FAX : 046-824-8076

地域連携室直通

電話 : 046-824-8071