

FAX用

西暦 年 月 日

住所:

施設名:

医師名:

TEL:

FAX:

# 検査依頼票(診療情報提供書)

小林記念病院 御中

氏名		男 ・ 女	住所	〒				
生年 月日	年 月 日			TEL				
保険者番号				記号・番号				
公費番号①				受給者番号①				
公費番号②				受給者番号②				
希望日	以下からお選びください <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> 出来る限り早い日時を希望 <input type="checkbox"/> 日時を指定する 第1希望 西暦 年 月 日( ) <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 第2希望 西暦 年 月 日( ) <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 第3希望 西暦 年 月 日( ) <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後							
	※午前・午後いずれかお選びください							
病名※								
臨床情報・経過・処方など								
※保険病名をご記入ください								
検査項目	<input type="checkbox"/> CT ( <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 )			※CT、MRI検査で造影検査希望の場合記入(必須) 血清クレアチニン値(3ヶ月以内) : mg/dl				
	<input type="checkbox"/> MRI ( <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 )			※CT、MRI検査希望の方は別紙の問診票が必須です。 問診票は当院より予約日決定後、FAXします。				
	<input type="checkbox"/> その他( )			問診票は主治医記載後、折り返し当院へFAXするか 予約当日持参してください。				
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤							
	<input type="checkbox"/> 上腹部～骨盤 <input type="checkbox"/> その他( )							
その他	患者についての留意事項 (薬物アレルギー・感染症・既往歴等)							

決定日時

西暦 年 月 日( ) 午前・午後 時 分 にご来院ください。

※検査当日は、本紙及び保険証を3番受付にお出しください。

※CT、MRI検査の方で問診票を持参される方は受付時にお出しください。