

# 孝仁病院画像検査依頼書

年 月 日

孝仁病院 地域連携室 行

FAX:019-656-2909

TEL:019-656-2888

**【貴院情報】**

病院名		担当医師名:
住所	TEL: ( )	FAX: ( )

**【検査依頼内容】**

検査希望日	第1希望:	年	月	日
	第2希望:	年	月	日
検査内容	<input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> CT検査    ※造影は対応していません			
検査部位				
読影	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    ※読影には4日~1週間程お時間をいただきます。			
画像提供方法 (CD-R)	<input type="checkbox"/> 当日持参    ※当日持参の場合、読影レポートは後日郵送となります。			
	<input type="checkbox"/> 後日郵送			
ADL情報	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			

**【患者情報】**

フリガナ		性別
患者氏名		男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( )歳	
住所	(〒 - )	
	自宅電話 ( )	携帯電話 ( )
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 年 月頃)	
保険情報	保険者番号	本人・家族
	記号・番号	(続柄)
	公費負担者番号	前期・後期
	公費受給者番号	1割・2割・3割
	その他	労災・生保・交通事故・その他公費( )
備考		

※保険情報をご記入いただくか、もしくは保険証等の写しの添付をお願いします。

※診療情報提供書の添付をお願いします(原本は検査当日にご持参をお願いします)。

**【以下当院記載欄】**

来院日時	年	月	日 ( 曜日 )
	時	分 (検査時間	時 分)