

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 019-656-2809

TEL 地域連携室直通 019-656-2808

病院代表 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)