

診療情報提供書 (放射線検査依頼申込書)

総合相模更生病院 地域連携室行

専用FAX **042-752-1871**

フリガナ 患者氏名 (男・女)	紹介元医療機関名
生年月日 年 月 日 歳	住所
患者住所 〒	TEL
Tel	Fax
	ご担当医師名 先生

検査予定日	年 月 日	曜日	時	分
-------	-------	----	---	---

保険者番号	公費負担番号
-------	--------

記号・番号	公費受給者番号
-------	---------

資格取得日	続柄 本人・家族
-------	----------

主訴および傷病名 ★放射線検査に伴う検査説明・同意をしました <input type="checkbox"/>	結果選択 CD-R or フィルム (画像参照ソフト付属)(MRIはCDのみ) 患者様持ち帰り 要・不要 次回診察日(貴院) 月 日
---	--

検査依頼目的・留意事項等

検査内容(実施検査の□にチェックし、チェック欄のご記入をお願い致します)

実施検査	□ CT	□ MRI	□骨密度(DEXA)
実施検査 チェック欄	義歯 (有・無) 有の場合義歯の着脱 (可・不可)	※当院にて改めて詳細な問診を行います。 その結果によっては検査をお受けになれない場合があります。 手術歴 (有・無) 有の場合具体的に()	人工股関節 (有・無) 有の場合(右・左) 腰部体内金属 (有・無)
	ペースメーカー (有・無) 有の場合はペースメーカー手帳をご持参下さい。	体内金属・人工物 (有・無) 有の場合具体的に() ※脳動脈クリップ・人工弁・人工関節 スtent・磁石式入れ歯等 有の場合挿入後MRI検査歴(有・無) ※撮影部位問わず	□マンモグラフィー 胸部手術歴 (有・無) 有の場合具体的に()
	入れ墨・アートメイク (有・無) 撮影部位に限らず、変色や熱感の可能性があります	妊娠中、妊娠の可能性 (有・無) 有の場合や可能性のある場合、原則検査をお受けいただけません。	*検査費用については、健康保険でお取り扱いいたします。
	妊娠中、妊娠の可能性 (有・無) 有の場合や可能性のある場合、原則検査をお受けいただけません。		
検査部位	頭頸部 □頭部 □下垂体 □眼窩 □副鼻腔 □顔面 □聴器 □頸部 胸部 □肺 □縦隔 腹部 □上腹部 □骨盤部 □前立腺 □子宮卵巣 四肢関節 □肩 □肘 □手 □股 □膝 □足 脊椎 □頸椎 □胸椎 □腰椎 □全脊椎(MRI) その他 ()		

【お問い合わせは】

～ご利用上のお願い～

- (1) 事前にカルテを作成して患者様をお待ちする為、保険情報は可能な限りご記入下さい。
- (2) 検査予約表、診療情報提供書、(MRI検査問診票兼同意書)、保険証は当日患者様に持参するようにお申し添え下さい。

総合相模更生病院 地域連携室
 TEL 042-752-1815(直通)
 TEL 042-752-1808(代) 内線1110
 <受付時間> 平日 8:30~16:30
 土曜 8:30~11:30

* 予約終了後、診療情報提供書(検査依頼申込書)のFAXをお願いいたします。