

FAX送信先 075-983-0310

八幡中央病院 放射線科 地域連携室 行 送信日： 年 月 日

検査予約票 (診療情報提供書) [FAX送信用]

貴医療機関名称 所在地 ご依頼医師氏名 ご連絡先	
-----------------------------------	--

貴院 次回診療日	年 月 日 時 分 □未定
-------------	---------------

ふりがな	性別	生年月日	年齢
患者氏名 様	男性 女性	明治・大正 昭和・平成 令和 年 月 日	歳
ご住所	〒 - ☎ - -		

予約日時	年 月 日 時 分	保険証の写しもFAXお願い致します
------	-----------	-------------------

臨床診断及び経過 (必ずご記入お願いします)

MRI	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 以下に該当なし
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部その他[眼窩・副鼻腔・下垂体] <input type="checkbox"/> 脊椎[頸椎・胸椎・腰椎・胸腰椎] <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部[部位] <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 関節[右・左][部位]    ] <input type="checkbox"/> 頸部[頸部血管・耳下腺・咽頭・喉頭・甲状腺] <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 下肢血管[下肢動脈・下肢静脈] <input type="checkbox"/> その他[ ]	<input type="checkbox"/> 妊娠または、妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> ペースメーカー・除細動器 <input type="checkbox"/> 人工内耳・人工中耳 <input type="checkbox"/> 刺青 <input type="checkbox"/> 体内金属[脳動脈・クリップ・人工関節]

CT	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 以下に該当なし
	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部[部位]    ] <input type="checkbox"/> 脊椎[頸椎・胸椎・腰椎・胸腰椎] <input type="checkbox"/> 四肢系[右・左・両][部位]    ] <input type="checkbox"/> 頸部[耳下腺・咽頭喉頭・甲状腺・顎下腺]	<input type="checkbox"/> 妊娠または、妊娠の可能性

検査結果	<input type="checkbox"/> 所見とともに郵送+FAX <input type="checkbox"/> CD-Rのみ当日お持ち帰り、所見は出来次第FAX
------	-----------------------------------------------------------------------------------------

連絡事項など