

## 放射線科医療機器共同利用申込書 兼

## 診療情報提供書

丹野病院 放射線科受付行 (FAX 029-225-3725)

※ F A Xの前に、まずはお電話でご一報ください。(TEL 029-226-6555 担当：医事課)

紹介元医療機関名

申込日

年 月 日

所在地

電話番号

FAX番号

担当医師

【予約患者情報】 \* 保険証のコピーをFAXでも可

フリガナ				( 男 ・ 女 )
患者氏名				
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日 ( 歳)
住所	〒 -			
電話番号				当院の受診歴 ( 有 ・ 無 )

<u>検査目的あるいは病名</u>						
<u>症状及び治療経過</u>						
依頼検査	検査種類	<input type="checkbox"/> CT検査 単純	<input type="checkbox"/> MRI検査 単純	<input type="checkbox"/> 骨塩定量		
	検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部		
		<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎		
		<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 上肢 ( )		<input type="checkbox"/> 下肢 ( )	
	患者様の状況	◆心臓ペースメーカー： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ◆体内金属： <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無				
読影依頼	◆妊娠： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
読影依頼	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
その他ご希望						
予約希望日		第一希望	年	月	日 ( )	午前 ・ 午後
		第二希望	年	月	日 ( )	午前 ・ 午後

【診療受付時間】 平日 8時30分～17時 (土曜は8時30分～11時45分)

【TEL】029-226-6555 (代表)

【FAX】029-225-3725 (予約FAX受付時間 8時30分～16時)

\* F A X受付時間外と休診日のお申し込みについては、翌診療日の対応となります。

