

CT・MRI・心エコー検査専用

地域連携室 TEL:0120-847-783

診療情報提供書 (FAX紹介予約提供書)

彩の国東大宮メディカルセンター

年 月 日

地域連携室 宛

医療機関名

医師氏名

住 所

電話番号

FAX番号

患者	フリガナ			生年月日	明 大 昭 平 令		
	氏 名	様 男 ・ 女			年 月 日 歳		
	住 所			電話番号			
検査種別 検査部位 1検査1部位のみ チェック可能	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 腹部～骨盤
		<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	
	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	
	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 下肢	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	
	<input type="checkbox"/> エコー	<input type="checkbox"/> 心臓					
診断名							
紹介目的							
症状及び 検査結果 (病理診断画像診断等)							

● 患者情報をもれなくご記入ください

患者情報	妊婦の可能性	有 ・ 無 (有の場合はCT検査は受けられません)
	来院方法	独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー
	ペースメーカー	有 ・ 無 (有の場合MRI検査は受けられません。一部機種ではCTも受けられません)
	体内金属	有 ・ 無
検査予約日	年 月 日 () 時 分	
地域連携室 FAX 048-665-6115		

備考 1. 予約申し込のFAX送信は平日9:00~16:00にお願い致します。

2. 予約日の変更希望、取消しの場合は、検査前日(平日)の昼(12:00)までに、地域連携室へご連絡ください。

3. このCT・MRI検査申込書に記載されている個人情報、CT・MRI検査目的以外には利用致しません。

※ この用紙が情報提供書になりますので、別に診療情報提供書は必要ありません。