

# 検査設備利用申込書 兼 診療情報提供書

紹介先医療機関

紹介元医療機関

申込日 年 月 日

受診歴の無い方は以下の記入をお願いします

出雲徳洲会病院	科	病院・医院名
紹介科		_____
担当医		主治医名

保険者	_____
	_____
公費	_____
	_____
被保険者	_____
続柄	_____
資格取得日	年 月 日
老人一部負担金	無 有

ふりがな 患者様 氏名	_____	様	男 女	患者 の 状態	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
生年月日	(明・大・昭・平)	年	月	日生	歳
住所	( - )			☎ ( ) -	
予定日	月	日	午前・午後	時 分	返却 方法 CDまたはフィルム

の一つに印をつけ、( ) 内の部位を一つお選びください

検査 依頼 項目	<b>MRI</b> <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 脳 ( ) <input type="checkbox"/> 内耳・中耳 ( ) <input type="checkbox"/> 頸部血管 <input type="checkbox"/> 肝胆膵脾 <input type="checkbox"/> 脊椎( 頸,胸,腰,仙 ) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 肩( 右,左 ) <input type="checkbox"/> 膝( 右,左 ) <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他( )
	MRI 検査申込時必要書類 (予約の際に FAX していただく書類) 単純検査 → <input type="checkbox"/> 検査設備利用申込書兼診療情報提供書 <input type="checkbox"/> MRI 検査問診票 MRI 検査同意書 造影検査 → <input type="checkbox"/> 検査設備利用申込書兼診療情報提供書 <input type="checkbox"/> MRI 検査問診票 MRI 検査同意書 <input type="checkbox"/> 造影検査問診票および同意書
	<b>CT</b> <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ( <input type="checkbox"/> 1 相のみ / <input type="checkbox"/> Dynamic ) <input type="checkbox"/> 脳 (特に ) <input type="checkbox"/> 内耳・中耳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸腹部 <input type="checkbox"/> 大動脈 ( 胸、腹 ) <input type="checkbox"/> 肝胆膵 <input type="checkbox"/> 腹部全体 <input type="checkbox"/> その他( )
CT 検査申込時必要書類 (予約の際に FAX していただく書類) 単純検査 → <input type="checkbox"/> 検査設備利用申込書兼診療情報提供書 造影検査 → <input type="checkbox"/> 検査設備利用申込書兼診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 造影検査問診票および同意書	
その他の検査 <input type="checkbox"/> X-P 部位 ( ) ( 方向 ) <input type="checkbox"/> ( )	

診療 情報 提供	検査目的	
	症状・経過等	
	撮影詳細指示	特に撮影指示がない場合は、当院のルーチンにて撮影します。