

画像検査申込用紙(放射線部 FAX用)



医療機関名

医師名

所在地

電話

FAX

患者さま基本情報

フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
住所 連絡先	(〒) TEL: ()		
当院での受診歴の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ID番号)		
検査目的			
既往歴 現病歴			
検査 希望日	第1希望		第2希望
	月 日 (AM ・ PM)		月 日 (AM ・ PM)

※被保険者情報のFAXをお願いします。

検査依頼項目

CT	単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (肝・胆・膵・腎・骨盤) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腰椎
上記結果	【放射線読影】 <input type="checkbox"/> 所見要 <input type="checkbox"/> 所見不要 【C D】 <input type="checkbox"/> 持ち帰り <input type="checkbox"/> 所見と一緒に郵送 ※二次所見まで行うため、完成まで10日程度要します。	

予約 FAX : 072-462-1899