

画像診断依頼連絡票

年 月 日

社会医療法人財団 池友会
新小文字病院
 TEL093-391-1001
 FAX093-391-7765

医療機関名
 所在地
 TEL
 FAX

フリガナ		生年月日	年 月 日 () 歳	男・女
氏名				
住所			TEL	

新小文字病院 受診歴 有 ・ 無 新小文字病院ID

検査予約日	年 月 日 ()	予約時間	午前・午後 時 分
区分	放射線科紹介（読影有り）		共同利用（読影無し）
希望媒体	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> フィルム+CD-R		
CT	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> その他 ()		
MRI	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 肩関節（右・左） <input type="checkbox"/> 膝関節（右・左） <input type="checkbox"/> 股関節（右・左） <input type="checkbox"/> その他 ()		

以下は放射線科紹介（読影有り）の場合のみご記入下さい。

保険情報はカルテ表書き・保険証の写し等でも構いません。

記号		番号		保険者番号	
区分	本人 ・ 家族		負担率	割負担	
公費①					
公費②					
公費③					

※お電話で検査予約日時が決まりましたら、こちらの用紙をFAXして頂き、当日は患者様ご本人に持参させて下さい。