

# 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		明・大・昭・平	
氏名	生年月日	年 月 日	男・女
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
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 ( )		
MR I	<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 ( )		
区分	放射線科紹介	共同利用	
希望媒体	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム		

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。

共同利用の場合は記入の必要ありません。

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して下さい。