

診療情報提供書

紹介医療機関名 /	電話 ()
医師名 /	⑨
フリガナ:	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日
患者氏名:	様 男・女 旧姓で受診歴有の場合の氏名 ()
検査予約日:	月 日 () 午前・午後 時 分頃

緊急	至急	通常	検査所見 至急返送 : 要 (FAX)・不要
----	----	----	------------------------

★造影・放科一任は同意書と腎機能 e-GFR が必要です★

検査依頼内容 (下記に記入下さい)

CT (単純・造影・放科一任 部位 / _____)
 MR (単純・造影・放科一任) ★ペースメーカー装着者のMR検査は禁忌です★
 部位: *選択部位が複数ある場合、検査日を分けさせていただきます。

【MR① (3.0T)】 <input type="checkbox"/> 全脳ルーティン+脳 MRA <input type="checkbox"/> 全脳ルーティン+頭頸部 MRA <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 四肢・関節 ()	【MR② (1.5T)】 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳腺 (右 左) <input type="checkbox"/> 上腹部 (肝・脾・腎) <input type="checkbox"/> 上腹部 (MRCP/胆のう・膵臓) <input type="checkbox"/> 下腹部 (子宮・卵巣・前立腺) <input type="checkbox"/> 術後脊椎 ()
---	---

MR その他部位 ()
 その他検査 (骨密度測定・ 他 _____)

診断名:

既往症・現病歴・現症・撮影部位の左右指定

《 造影・放科一任の場合は、造影検査同意書と腎機能が必要です 》

撮影室 _____ EX _____ 医師 _____ 技師 _____ 看護師 _____

保 険 情 報 FAX 用 紙

紹介医療機関名 /	電話	()
医師名 /		印
フリガナ:	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日
患者氏名:	様	男・女 旧姓で受診歴有の場合の氏名 ()
検査予約日:	月 日 ()	午前・午後 時 分頃
患者住所	電話番号	()

◆検査予約内容 (_____)

保険証情報（記入もしくは、保険証などのコピーを FAX して頂いても可です）

保 険 の 主 情 報	保険の種類	1.社会保険 2.任意保険 3.国保 4.その他（自賠責、労災、他 _____）
	保険者番号	区分 1.本人 2.家族
	保険証の記号・番号	記号 番号
	保険証の資格取得日	平成 年 月 日
	保険証の有効年月日	平成 年 月 日迄
保 険 の 従 情 報	公費負担者番号	・
	公費受給者番号	・
	有効期限	平成 年 月 日～平成 年 月 日迄
	公費負担者番号	負担割合 割
	公費受給者番号	
有効期限	平成 年 月 日～平成 年 月 日迄	

お手数ですがご記入のうえ、072-469-7931（りんくう総合医療センター
 地域医療連携室）まで FAX をお願いします。