

CT・MRI・骨密度検査受診 申込み用紙

医療法人 陽成会 広瀬病院
放射線科担当医 宛

貴医療機関名	
診療科	
住所	
TEL	FAX
ご担当医師名	

フリガナ		性別		(自宅)
患者氏名		男・女	電話番号	(携帯)
生年月日	元号 T・S・H・R 年 月 日 (歳)			
患者住所	〒 -			
傷病名(主訴)				
紹介目的	CT (単純・造影・一任) MRI (単純・造影) ※CT・MRI 部位 (_____) ※四肢等の場合 左・右) 骨塩定量 _____			
希望画像提供方法	CD-R ・ レポート			
特記事項	血清Cr: _____ mg/dl eGFR: _____ (検査日: 年 月 日) 感染症 無 ・ HBV ・ HCV ・ 不明 _____ 【CT・MRIで造影剤使用の場合、ご記入ください】 直近3ヶ月以内の検査結果をご記入ください。未実施の場合は当院にて行いますので、患者様へ検査予約時間の1時間前に来院して頂きますようお願いください。			
症状経過・治療経過・現在の処方・既往歴等				
受診希望日時	<input type="checkbox"/> 今からすぐ(本日中) <input type="checkbox"/> 年 月 日 時頃 <input type="checkbox"/> 日時を指定してください <input type="checkbox"/> ご本人に連絡して決めてください。			

保 険 情 報	被保険者氏名		保険者番号				
	記号・番号	.					本人・家族
	事業所又は保険者名		負担割合				割
	高齢者保険番号	.	負担割合				割
	公費等記号番号	.					

※ 保険情報の記入、健康保険者証またはカルテのコピー可。
 病院提出用を患者様が持参または後日郵送してください。