

診療情報提供書 (CT/MRI検査依頼)

①

医療法人松浦会 姫路第一病院 放射線科行

TEL : 079-252-0581

FAX : 079-253-1995

| 紹介患者様情報 | |
|---------|--|
| ふりがな | |
| 患者氏名 | |
| 生年月日 | T・S・H・R・西暦 年 月 日 才 |
| 性別 | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| 電話番号 | |
| 保険の種類 | <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 自賠 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自費 |
| 検査種別 | <input type="checkbox"/> 単純MRI <input type="checkbox"/> 単純CT <input type="checkbox"/> 造影MRI ※ <input type="checkbox"/> 造影CT ※ |
| 検査部位 | |
| 検査日 | |
| 検査時間 | |

| 紹介元 医療機関 | |
|----------|-------|
| ご依頼日 | 年 月 日 |
| 施設名 | |
| 〒 | |
| 住所 | |
| TEL | |
| FAX | |
| 医師名 | |

※保険の確認ができない場合、お預り金として
1万円いただく場合があります
※造影検査の場合は腎機能確認の為、最新の
血液検査結果が必要になります

| |
|---------------|
| 病名・主訴 |
| 既往歴・家族歴・留意事項等 |

<ご予約の流れ 読影レポートについて>

●079-252-0581 (代表) 姫路第一病院放射線科までお問い合わせ下さい。

| |
|---|
| 単純CT検査 ①をFAXいただき、【CT検査予約票】に日時を記入し患者様にお渡し下さい |
| 造影CT検査 ①②③④と最新の採血結果をFAXいただき、CT予約票に日時を記入し患者様にお渡し下さい |
| 単純MRI検査 ①をFAXいただき、【MRI検査予約票】に日時を記入し患者様にお渡し下さい |
| 造影MRI検査 ①②④と最新の採血結果をFAXいただき、MRI予約票に日時を記入し患者様にお渡し下さい |

検査当日は、姫路第一病院 玄関正面の1階受付に予約票をご提出いただきますようご案内下さい。

当院放射線科医師または遠隔読影により作成し送付致します。お急ぎの場合はご相談下さい。