

紹介患者様 診療情報提供書 (CT・MRI検査依頼申込書)

* 紹介元医療機関

* 個人情報

医療機関名・所在地
診療科 担当医師名
TEL () -
FAX () -

フリガナ 氏名 男性・女性
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所
TEL () -
FAX () -

* 受診歴

- 有 →カルテNo ()
無 →保険証又は保険情報のコピー可

Table with insurance details: 保険者番号, 記号・番号, 被保険者 (本人・家族), 負担割合, 割, 資格取得日, 年 月 日, 有効期限, 年 月 日, 公費, 有効期限, 年 月 日

撮影日 ・希望日 () ・都合が悪い日 ()
※土曜日、日曜日、祝祭日以外をご記入ください。

* 紹介目的 (依頼検査・部位等)

* 患者チェックリスト

Form for referral purpose: CT, MRI, 単純, 造影 (Routine/Dynamic), 検査部位 (頭部, 頸部, 胸部, etc.), 臨床診断・経過, データ持ち帰り方法 (フィルム, CD-R), 手術歴

Checklist forms: CT・MRI 共通患者チェックリスト, MRI 患者チェックリスト, 造影CT・MRI共通患者チェックリスト