



20 年 月 日

三条総合病院 放射線検査依頼 兼 予約申込書

三条総合病院／病診連携室

依頼元医療機関

医師名

TEL 0256-32-1131 (内線157)

TEL

FAX 0256-32-1965 (直通)

FAX

フリガナ				性別
患者氏名				男 ・ 女
生年月日	年	月	日	歳
現住所	〒 -			
電話	() -	携帯電話	-	-
当院受診歴	有 ・ 無			

保険証等をFAXしていただければ、以下の保険情報のご記入は不要です

保険者番号	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	記号・番号	.
公費(1)		公費受給番号(1)	
公費(2)		公費受給番号(2)	

依頼検査： CT ・ MRI ※造影剤使用は、共同利用の申込では受付しておりません

撮影部位： 頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤
(その他：)

希望日時： ①	月	日	9:00前後	10:00前後	11:00前後
②	月	日	9:00前後	10:00前後	11:00前後
③	月	日	9:00前後	10:00前後	11:00前後
④	いつでもよい				

検査目的：

MRI検査依頼の場合

※ 下記の項目を必ずご確認ください (該当なければ「全項目該当なし」にチェックをして下さい)

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ペースメーカー装着 | <input type="checkbox"/> 磁性体動脈瘤クリップ | <input type="checkbox"/> その他の手術歴 () |
| <input type="checkbox"/> 植え込み型除細動器 | <input type="checkbox"/> 人工関節置換 | <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 |
| <input type="checkbox"/> 磁性体心臓人工弁置換 | <input type="checkbox"/> 管腔内ステント | <input type="checkbox"/> 仰臥位静止困難 |
| <input type="checkbox"/> 体内電子装置 | <input type="checkbox"/> 体内に金属あり | <input type="checkbox"/> 妊娠中または妊娠の可能性あり |
| <input type="checkbox"/> 全項目該当なし | | |