

紹介患者MRI検査申込FAX用紙

石川病院 行

FAX : 0868-26-1071

<予約受付時間>

月～金曜日 9:00～16:00 (木曜日 9:00～12:00)

土曜日 9:00～16:00

※時間外のお申込みは、翌診療日の対応となります。

※緊急の場合は、お電話 (代表 0868-26-2188) にてご連絡ください。

紹介元医療機関

所在地・名称

医師名:

TEL:

FAX:

検査申込日	年	月	日 ()	
-------	---	---	-------	--

<第1希望日>	年	月	日 ()	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	当院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
<第2希望日>	年	月	日 ()	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	
	<input type="checkbox"/> いつでも可					

フリガナ	性別	生年月日			
患者氏名		男・女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		

診療科	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科				
希望医師	<input type="checkbox"/> 有 (医師)				<input type="checkbox"/> 無
主訴・傷病名					
検査目的					

希望検査	検査	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> MRCP			<input type="checkbox"/> 単純撮影 <input type="checkbox"/> 造影撮影	
	撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎) <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 四肢 (部位:) <input type="checkbox"/> その他 ()			(造影撮影の場合) クレアチニン 【 mg/dL : 検査日 / 】	

- ・MRI問診票、造影剤使用検査同意書には、必ず主治医の署名 (直筆) をお願いいたします。
- ・本様式及び予約票・問診票・同意書 (造影) は、当院ホームページからダウンロードすることができます。

 ~受付事務の方へ~ 下記の保険情報は、保険証等をFAXの場合はご記入不要です。

住所 〒		電話番号 () -	
被保険者証		公費負担医療受給者証	
保険者番号		市町村番号	
記号・番号		受給者番号	
有効期間		有効期間	
被保険者名		備考	
区分	<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 1割・ <input type="checkbox"/> 2割・ <input type="checkbox"/> 3割		