

患者紹介申込書

TEL : 0827-57-7183 (内線 2140)

FAX

※希望日

① 年 月 日 (曜日)

② 年 月 日 (曜日)

③ いつでもよい

先生

フリガナ		旧姓	男・女	生 年 月 日			
患者氏名				大・昭・平・令 年 月 日生			
現 住 所	〒			電話番号	— —		
連 絡 先	〒			電話番号	— —		
当院受診歴	有 ・ 無						

検査種類	CT ・ MRI ⇒ ①以降を全て記入してください
	RI ・ PET/CT ⇒ ④以降を全て記入してください
① 造影の希望 (CTとMRIのみ)	無 ・ 有 【eGFR値又はクレアチニン値： 検査日： (3か月以内有効)】 ※造影を希望される場合は、診療情報提供書および上段にeGFR値又はクレアチニン値を記載してください。
② 撮影部位	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 骨盤 ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ その他（ ）
③ 体内金属	無 ・ 有 （ ） ⇒「有」でMRIの場合：MRI可能な材質か 確認済であれば☑を入れてください ☐
④ アレルギー	無 ・ 有 （ ）
⑤ 妊娠	無 ・ 有 ⇒「有」の場合、内容によっては検査をお受けできません。
備考	

☆診療準備のため、お手数ですが診療情報提供書を一緒にFAX願います。

保險情報

主保險

公費

保険者番号										負担者番号								
記号・番号						枝番				受給番号								
区 分	本人 ・ 家族									資格取得	年 月 日							
被保険者名										有効期限	年 月 日							
資格取得	年 月 日									負担者番号								
有効期限	年 月 日									受給番号								
ご記入いただいた個人情報 は医療の提供のために用います										資格取得	年 月 日							
										有効期限	年 月 日							