

# 診療情報提供書 (CT・MRI・骨密度検査予約申込書)

紹介先

令和 年 月 日

医療法人 善正会 上田病院

TEL (06) 6151-3650

FAX (06) 6152-8050

放射線科

紹介元

医療機関名

所在地

診療科

医師名

TEL

FAX

フリガナ 患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> M・ <input type="checkbox"/> T・ <input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H・ <input type="checkbox"/> R 年 月 日 年齢
住所		電話番号	
主保険	保険者番号	記号番号	
	区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(被保険者名 )	割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
公費	市町村番号	受給者番号	
公費	公費番号	受給者番号	
検査種	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 骨密度	*6カ月以内のうちに、検査歴がある方は実施できません。 <input type="checkbox"/> 了承済み(チェックお願いします)
検査予約日	年 月 日 ( ) 時 分		
検査部位	( 単純・造影 )		
検査目的			

\*CT・MRI検査専用の検査申込用紙です。他の検査を依頼の場合は、当院ホームページ各種申込み書ダウンロードをご利用下さい。