**【**オープン検査予約票（病院用）**】**

**FAX：076-224-3011**

|  |  |
| --- | --- |
| 患　者　情　報 | 紹介元医療機関名医師名TEL　（　　　　）　　　　－　　　　　　FAX　（　　　　）　　　　－　　　　　　 |
| ふりがな　　患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女 |
| 生年月日 　　Ｔ・Ｓ・Ｈ 　　　年 　　　月 　　　日 |
| 住　所　〒　　　- TEL　（　　　　）　　　　－携帯 （　　　　） －  |
| 保険者番号 |  | 公費負担者番号 |  | 本人 ・ 家族 |
| 記号及び番号 |  | 公費受給者番号 |  | 　　　　　割 |

**午前**

**午後**

|  |
| --- |
| **検査日時　　　　平成　　　年　　　　月　　　　日（　　　　曜日）　　　　　　　　時　　　　分** |
| 検　査　項　目 | □ＭＲＩ | □頭部　□頭部+MRA　□頚部　□頚部＋MRA　□肝・胆・膵　□MRCP　□腎　□腎動脈　　□骨盤腔（子宮・卵巣・前立腺）　□関節（股・膝・足・肩・肘・手）　□脊椎（頚椎・胸椎・腰椎）　□軟部腫瘍 |
| □ＣＴ | □頭部 □頚部　□胸部 □腹部　□骨盤腔　□関節（股・膝・足・肩・肘・手）　口脊椎（頚椎・胸椎・腰椎）　□骨３Ｄ |
| □骨密度 | □腰椎　　□腰椎・大腿 |
| □ﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ | □１方向（MLO）　口２方向（CC・MLO） |
| □一般撮影 | □部位（　　　　　　　　） |
| □透視検査 | □胃バリウム　□ＨＳＧ |
| □内視鏡検査 | □上部消化管内視鏡検査　□Ｓ状結腸内視鏡検査　□全大腸内視鏡検査 |
| □超音波検査 | □心臓超音波検査　□頸動脈超音波検査　□腹部超音波検査　□甲状腺超音波検査　□乳腺超音波検査 |
| □生理機能検査 | □ホルター心電図、□ＡＢＩ　□肺機能検査 |

　 注意事項

■ この用紙は診療情報提供書ではありません。電話にて予約をお取り頂いた後、必要事項をご記入いただき、

　 診療情報提供書(貴院書式)とともにＦＡＸ送信して下さい。

■ ＭＲＩの方は問診票、造影検査と内視鏡検査の方は同意書の記入が必要になります。

■ 画像のご提供はＣＤ－Ｒで行います。