

【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 | |
| ふりがな 患者氏名 男・女 | | 医師名 | |
| 生年月日 T・S・H 年 月 日 | | | |
| 住所 〒 - | | | |
| TEL () - | | TEL () - | |
| 携帯 () - | | FAX () - | |
| 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 |

| 検査日時 | 平成 | 年 | 月 | 日(曜日) | 午前 午後 | 時 | 分 |
|------|----------------------------------|--|---|-------|----------|---|---|
| 検査項目 | <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部+MRA <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部+MRA <input type="checkbox"/> 肝・胆・膵 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 腎動脈 <input type="checkbox"/> 骨盤腔(子宮・卵巣・前立腺) <input type="checkbox"/> 関節(股・膝・足・肩・肘・手) <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 軟部腫瘍 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 関節(股・膝・足・肩・肘・手) <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 骨3D | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 骨密度 | <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腰椎・大腿 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> マンモグラフィ | <input type="checkbox"/> 1方向(ML0) <input type="checkbox"/> 2方向(CC・ML0) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 一般撮影 | <input type="checkbox"/> 部位() | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 透視検査 | <input type="checkbox"/> 胃バリウム <input type="checkbox"/> HSG | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 | <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査 <input type="checkbox"/> S状結腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡検査 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 超音波検査 | <input type="checkbox"/> 心臓超音波検査 <input type="checkbox"/> 頸動脈超音波検査 <input type="checkbox"/> 腹部超音波検査 <input type="checkbox"/> 甲状腺超音波検査 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波検査 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 生理機能検査 | <input type="checkbox"/> ホルター心電図、 <input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> 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。