

【記入例】

画像診断部 CT(単純、造影)、MRI(単純)、骨塩定量検査、核医学検査



東京慈恵会医科大学附属病院 FAX予約診療申込用紙

(FAX送信用)

受付時間 月～金曜日 9:00～18:30 土曜日 9:00～17:00

保険者番号				138032	本人	1割	負担者番号		1割	負担者番号	
記号	03-01	番号	1234	家族	2割	受給者番号		2割	受給者番号		
					3割	受給者番号		3割	受給者番号		

※被保険者との続柄、負担割合に○をしてください。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

画像診断部	科	御担当	先生
第1希望	8月	10日	金曜日
第2希望	8月	13日	月曜日
第3希望	8月	15日	水曜日

紹介元医療機関名  
所在地 医療法人社団 〇〇会 〇〇医院  
東京都港区〇〇〇 〇-〇-〇  
TEL 03-1234-5678  
FAX 03-1234-5679  
医師氏名 山田 一郎

フリガナ	ジケイ タロウ	性別	男	生年月日	明・大・昭平
患者氏名	慈恵 太郎	様	女	63年 7月 25日 (〇〇歳)	
住所	〒105-8471 東京都港区西新橋3-19-18			電話(自宅)	03-3433-1111
				(携帯)	- -
				(勤務先)	03-5400-1202
当院または晴海トリクリニック・新橋健診センター受診歴	(有) <input checked="" type="checkbox"/> (無) <input type="checkbox"/> (不明) <input type="checkbox"/>	慈恵医大	診察カード番号		

※該当の場合□に✓をお願いします。 □入院中 □ストレッチャーで来院  
※セカンドオピニオンの申込みはこの用紙では対応しておりません。医療連携室まで、お問い合わせください。

主訴又は病名・症状	逆紹介希望 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
紹介目的【入院・転医・精査( )・手術・リハビリ・その他】	
胸部単純 CT	

検査の依頼内容をご記入ください。  
【例】  
・腹部単純CT  
・冠動脈造影CT  
・頭部単純MRI  
・骨塩定量(腰椎+股関節等)  
・骨シンチ

<画像診断部 検査依頼時の注意事項>

- ・造影CTをご希望の場合、「造影CT検査事前チェックリスト」が必要となります。
- ・単純MRIをご希望の場合、「MRI検査事前チェックリスト」が必要となります。
- ・核医学検査は事前に当院核医学検査室へご連絡のうえ申込みが必要となります。

※当日、診療情報提供書が必要となりますので患者さんへお渡しください。