

【記入例】

画像診断部 MRI (単純)、CT (単純、造影)、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

保険情報 (保険情報は、保険証のコピーでも結構です。)				後期高齢者医療、公費情報				公費情報									
保険者番号	1	3	8	0	3	2	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 2割	負担者番号				<input type="checkbox"/> 1割	負担者番号				
記号	03-01			番号	1234			<input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> 3割	受給者番号				<input type="checkbox"/> 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。  
 ※医師の指定がない場合、空欄にせず「担当」とご記入ください。

○○年 ○○月 ○○日

<b>画像診断部</b> 科	外来	<当院使用欄>	紹介元医療機関名 医療法人社団 ○○会 ○○病院 所在地 東京都港区○○○ ○-○-○ TEL 03-1234-5678 FAX 03-1234-5679 医師氏名 山田 一郎
	担当 先生		

最短日希望

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

フリガナ	ジケイ	タロウ	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	
患者氏名	慈恵 太郎		男・女 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 63年 7月 25日 ( 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	

当院または横浜トリックリック・新橋健診センター受診歴 (有り・無し・不明)    慈恵医大 診療カード番号

※該当の場合□に✓をお願いします。  貴院入院中  車イスで来院  ストレッチャーで来院  その他 ( )

主訴又は病名・症状	逆紹介希望 ( <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し)
紹介目的 [ 精査 加療 転院 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】

- ・頭部単純 MRI
- ・腹部単純 CT
- ・冠動脈造影 CT
- ・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。
- ※CT、核医学検査を依頼する場合、患者さんへの放射線診療の実施前説明が義務化されました。
- ※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。