

検査予約申込書(診療情報提供書)

紹介元医療機関名

医師名 _____

TEL _____

住所 _____

FAX _____

必須	フリガナ	性別	男・女
患者情報	患者氏名	生年月日 年 月 日 (才)	
	住所 〒		
	TEL	小川外科受診歴 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

検査申込欄	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純	<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"/> その他部位 ()
		<input type="checkbox"/> 造影	※造影CTにつきましては、(金)の午前10:00/11:00枠で予約受け付けております。
	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左 (<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 膝) <input type="checkbox"/> その他部位 ()
		<input type="checkbox"/> 造影	※造影MRIにつきましては、(金)の午前10:00/11:00枠で予約受け付けております。
<input type="checkbox"/> 一般撮影 <input type="checkbox"/> 骨密度測定(DEXA)			

※CT検査/一般撮影につきましては、【平日9:00~12:00/13:00~17:00】【土曜9:00~12:00】で受け付けておりますので、予約不要です。

この検査予約申込書を当日ご持参下さい。

※造影検査・MRI検査につきましては別途問診票と同意書をお持ちください

造影CT/MRI 予約日時	月	日 (曜日)	午前・午後	時	分
読影レポート	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要 (※読影医によるレポートは後日郵送となります)				

診療情報提供書

必須	傷病名及び主訴
診療情報	紹介目的及び治療経過 (*診察・入院を目的とする場合は所定の診療情報提供書が必要です)
	抗凝固剤服用(有・無)造影剤使用の場合の禁忌のご確認をおねがいたします。