

# オープン検査予約申込書 兼 診療情報提供書

医療機関名： \_\_\_\_\_ TEL： \_\_\_\_\_  
 医師名： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

◆ 患者さま情報についてご記入ください。

フリガナ		性別	生年月日
氏名	様	男・女	年 月 日 (満 歳)
住所	〒	電話	
保険者番号		本人・家族	公費負担番号
記号	番号	受給者番号	負担割合
			割

◆ ご希望の検査に✓または○をつけてください。

<input type="checkbox"/> MRI	単純・造影	<input type="checkbox"/> CT	単純・造影	※ 造影の場合は最新の採血データならびに処方内容を添付してください。
部 位	頭部 (ルーチン・内耳道・VSRAD)		脊椎 (頸・胸・腰・仙)	
	上肢 (肩・肘・手関節) <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右		下肢 (股関節・肘・足関節) <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	
	胸部 (ルーチン・心臓)		腹部 骨盤部 MRCP	
	その他 ( )			
<input type="checkbox"/> 診察不要	放射線科医による読影レポートをFAXいたします。市民検診等のレポートにも対応いたします。			
<input type="checkbox"/> 診察希望	<input type="checkbox"/> 医師の指定なし <input type="checkbox"/> 希望あり ( 科 先生 )			

<input type="checkbox"/> 内視鏡	<input type="checkbox"/> 上部消化管 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 鎮静 ( なし・あり ) <input type="checkbox"/> 大腸 鎮静 ( なし・あり )	※ 上部消化管・大腸の同日施行も可能です。ご希望の場合は両方に○をつけてください。
内服確認	抗血小板・抗凝固薬の服用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) ありの場合: 休薬の可否 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 ( 月 日～中止 )	

<input type="checkbox"/> その他	VF(嚥下造影検査)・腹部エコー・心エコー・骨密・負荷心電図(エルゴメーター)
------------------------------	---

◆ 受診希望について✓の上、必要箇所をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 希望なし	不都合な日 ( )	<input type="checkbox"/> 希望あり	※以下に希望日をご記入ください。
第1希望	月 日 ( )	第2希望	月 日 ( )
		第3希望	月 日 ( )

診療情報提供書	
病名	
主訴・病歴等	<input type="checkbox"/> 定期フォロー目的にて検査を希望します。病状変化 / なし・あり ( )

※ 申込書を受信後、ただちに「予約票」を返送いたします。患者さまへお渡し願います。  
 ※ 受付時間外のお申し込みに関しましては、翌診療日のお取り扱いとなります。