

受付時間 平日/9:00~16:30 (土日祝を除く)

送信先 FAX:0773-42-0659 Tel:0773-42-0440

## 患者情報

フリガナ		性別	男	電話番号	
患者氏名			女	携帯番号	
			生年月日	年 月 日 ( )歳	
住所	〒				

## 患者保険情報

保険者番号		記号・番号	
資格取得日	年 月 日	有効期限	年 月 日
被保険者	本人・家族(被保険者氏名)	負担割合	割

## 公費負担医療受給者証(お持ちの場合)

公費負担番号		受給者番号	
資格取得日	年 月 日	有効期限	年 月 日

## 検査依頼(該当の項目に○をつけてください)

検査希望日	第1希望: 年 月 日 ( ) 時 分頃			
	第2希望: 年 月 日 ( ) 時 分頃			
検査内容	部位		方法	検査目的
		頭部	単純・造影	
		副鼻腔		
		頸部		
		胸部		
		腹部		
		脊椎 [ 頸椎・胸椎・腰椎 ]		
		骨盤 [ 骨盤・股関節 仙尾骨 ]		
		上肢		
	下肢			
画像CDの受け渡し: 検査当日に患者渡し <input type="checkbox"/> ・ 後日読影レポートに同封し送付 <input type="checkbox"/> いずれか選択ください				

## 紹介元医療機関

医療機関名		医師名	
所在地		電話	
		FAX	

※血管や骨の3D画像は、ワークステーションがないため当院では検査はできません。

※読影レポートは週末を除き、発送まで2~3日程度お時間をいただきます。

※造影CTの場合は、依頼書・問診票・同意書・採血結果を記入・添付のうえ、FAX送信をお願いいたします。

※当日検査をご希望の場合は、依頼書をFAX送信のうえ、必ずお電話でご連絡ください。

→なお当日造影CTをご希望の場合は、依頼時必要書類をFAX送信のうえ、午前中にお電話ください。