

フリガナ	←必ずご記入ください		
患者氏名		性別	男・女
生年月日	M・T S・H	年	月 日
※2 住 所 (TEL)	( ) -		
当院受診歴	有 ・ 無		
当院ID番号			

※2 紹介元医療機関名・医師名(ゴム印可)

※1 保険証	
保険者番号	
記号・番号	
本人・家族	本人 ・ 家族
負担割	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割

※1 公費負担医療受給者証	
公費負担番号	
受給者番号	
有効期限	

希望検査 (希望検査をチェックしてください)

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> RI	<input type="checkbox"/> 骨塩定量
<input type="checkbox"/> 単純(部位 )	<input type="checkbox"/> 単純(部位 )	<input type="checkbox"/> 骨シンチ	<input type="checkbox"/> 腰椎
<input type="checkbox"/> 造影(部位 )	<input type="checkbox"/> 造影(部位 )	<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 股関節
<input type="checkbox"/> インプラントCT			

【紹介予約可能日】 以下の時間の予約が可能です  
CT・MRI 9:00~10:30 (月・火)  
9:30~10:30 (水・木・金)  
13:30~16:00 (水・木・金)  
骨シンチ 10:30 (月~金)  
骨密度検査 9:30~10:30 (月~金)  
インプラント 15:00~16:00 (水・木)

検査希望日
(第1希望) 月 日 ( : )
(第2希望) 月 日 ( : )
その他記事

— 紹介検査予約の注意 —

(造影検査の場合)

- 喘息、腎機能異常のある方は原則検査できません。
- 検査当日は腎機能データを持参してください。(検査日から3ヶ月以内のデータ)

(MRI検査の場合)

- ペースメーカーなどの体内金属の確認をお願いします。

※ 公費負担対象の場合は該当欄をご記入ください。

※1 「保険証」等の写しを同時にFAXしていただく場合は、「保険証」等※1の該当欄の記入は不要です。

※2 診療情報提供書を同時にFAXしていただく場合は、※2欄の記入は不要です。