

# MRI・CT 予約申込書

令和 年 月 日

津和野共存病院 地域医療連携課 宛 (FAX 0856-72-4039)

貴院医療機関の名称:

電話番号:

FAX:

先生のお名前

先生

|      |                  |     |       |
|------|------------------|-----|-------|
| フリガナ |                  | 性別  | 生年月日  |
| 氏名   |                  | 男・女 | 年 月 日 |
| 現住所  | 〒(      -      ) |     |       |
| 連絡先  |                  |     |       |

|      |       |  |  |  |       |  |  |             |                |       |
|------|-------|--|--|--|-------|--|--|-------------|----------------|-------|
| 主保険  | 保険番号  |  |  |  | 記号・番号 |  |  |             | 1. 本人<br>2. 家族 |       |
|      |       |  |  |  |       |  |  |             |                |       |
| 併用保険 | 負担者番号 |  |  |  | 受給者番号 |  |  |             | 給付割合           | □併用なし |
|      | 1     |  |  |  |       |  |  | 0割・1割・2割・3割 |                |       |
| 2    |       |  |  |  |       |  |  | (      )    |                |       |

ご依頼の検査に (チェック)をして下さい。

緊急     普通

依頼検査     CT ( 単純・造影 )

MRI ( 単純・造影 )     MRA     MRCP

検査部位     頭部     頸部     胸部     腹部     骨盤

頸椎     胸椎     腰椎     上肢     下肢

※標的臓器・部位(      )

臨床情報(主訴・経過)

希望日時、又は都合の悪い日時など

ご依頼先生チェック項目

|     |           |     |                   |
|-----|-----------|-----|-------------------|
| 有・無 | 心臓ペースメーカー | 有・無 | 体内金属、持続グルコース測定器など |
| 有・無 | 脳動脈クリップ   |     | 部位:      材質:      |
| 有・無 | 人工弁       | 有・無 | 妊娠(      週)       |

※本書をFAXされる前に右記へご連絡ください。      連携課直通 (0856) 72-4033