

診察及び検査予約申込書		記入日：西暦 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 診察予約 <input type="checkbox"/> 検査予約 受診希望科： _____ 医師名： _____		貴院名 住所 T E L F A X 医師名 <span style="float:right">印</span>	
受診希望日	第1希望 月 日 ( )	第2希望 月 日 ( )	希望なし・不都合な日 ( )
◆検査申込の場合は、必ず下記にご記入ください。			
<input type="checkbox"/> CT (単純・造影) <input type="checkbox"/> インフラットCT <input type="checkbox"/> MRI (単純・造影)		部 位	※必ず○で囲んでください。 ※原則1日1部位となります。 頭部・MRA・VSRAD・頸部・胸部・心臓・腹部 骨盤・子宮卵巣・腎後腹膜・前立腺・MRCP 脊椎(頸/胸/腰)・その他(右/左/ )
<input type="checkbox"/> RI検査( ) <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 注腸 <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ(右・左・両方)		その他検査 ( )	
<input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡(前処置が可能な医療機関に限ります) ※感染症の <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 : HBs抗原( )    HCV抗体( )    Wa反応( )			
<input type="checkbox"/> エコー(腹部・心臓・頸動脈) <input type="checkbox"/> ルーター心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 夜間睡眠脳波(小児科)			
診療情報提供書			
ふりがな		西暦 年 月 日 ( 歳) 男・女	
患者氏名		現住所 〒 -	
旧姓( )		TEL ( - - )	
◆保険情報は、必ず記入してください。保険証・医療証のコピーがあれば記入は不要です。			
保険者番号	本人・家族	公費負担番号	
記号・番号		受給者番号	
傷病名・紹介目的・既往歴 <span style="float:right">□別紙、診療情報提供書参照</span>			
症状・治療経過及び検査結果			
現在の処方			