

# 検査依頼申込書 【CT MRI】

受託検査

紹介検査

社団法人 啓愛会 宝 陽 病 院  
〒028-3111 岩手県花巻市石鳥谷町新堀第15地割23番地

TEL : 0198-45-6500

FAX : 0198-45-6765

(単純検査のみ)

患者情報	患者氏名		性別	生年月日		
	(フリガナ)		男 ・ 女	大 昭 年 月 日 ( 歳 ) 平 令		
	連絡先	住 所 (〒 - )				
		自宅電話		携帯電話		
		( )		( )		

◆ 保険証の写しまたは保険情報が確認できるものを併せてFAX送信してください。

検査希望日	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> あり→ 第1希望：令和 年 月 日 ( ) AM・PM				
	第2希望：令和 年 月 日 ( ) AM・PM				
	備考：_____				
移動方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニングチェア <input type="checkbox"/> ストレッチャー				
予想される疾患					
撮影依頼 (部位)	<input type="checkbox"/> C T ( 頭部   胸部   腹部   胸腹部   その他 )				
	<input type="checkbox"/> M R I ( 頭部   頸椎   胸椎   腰椎   腹部   関節部   その他 )				
	備 考：				
検査結果の受け渡し	＊画像データ(DVD-R) 検査当日に患者さんへお渡ししますので、紹介元医療機関にて受け渡しのご指示をお願いいたします。 ＊読影レポート 検査日の2週間以内に、郵送にて発送いたします。				

◆ 『MRI検査チェックシート』を併せてFAX送信してください。(MRI場合のみ)

紹介元 医療機関	医療機関名			
	所在地			
	紹介医師名	(診療科)	科	(医師氏名)
	TEL		FAX	