

CT 超音波検査 申込書兼診療情報提供

紹介元医療機関			
郵便番号・住所	〒		
電話番号	TEL	FAX	
紹介医師			

フリガナ			大正・昭和・平成・令和	
患者氏名	生年月日	年 月 日( 歳)		男・女
患者住所	〒			
TEL	( ) -	携帯電話	- -	
借生病院受診歴	あり ・ なし			
主 保 険	保険者番号		被保険者名	
	記号 番号 枝番	負担割合	本人・家族	
		併用 保 険	公費負担番号	
			公費受給者番号	
			一部負担金	外来1日 円まで(月2回)

## 【予約内容】

検査日時	年 月 日			時 分	送迎	有・無
検査部位	CT	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部(上腹部・下腹部)	<input type="checkbox"/> その他( )
	超音波	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 頸動脈	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> その他( )
検査方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 ※造影CTの場合、同意書が必要です。					
臨床診断						
症状 臨床経過 検査目的	体温 度 上気道症状 無・有					
腎機能(造影時)		Bun	腎不全	【有・無】	同意書(造影時)	済
画像データ ※選択してください	<input type="checkbox"/> 当日、患者さまにお渡し <input type="checkbox"/> 当院より紹介元医療機関にお届け 早めにお届けしますが、翌日以降になることもあります。			読影レポート	作成でき次第、FAXします。 原本は紹介元医療機関にお届け致します。	

(点線以下の部分を切り離してお使いください)

様

下記の日時に検査の予約を承りました。検査当日は予約時間の15分前には受付をお済ませください。  
また、保険証又はマイナンバーカード、各種受給者証等忘れずにお持ちください。

検査日時	年 月 日	時 分
------	-------	-----

※造影CTや腹部超音波検査の場合、食後4時間以上あけて検査を受けて下さい。