

検査申込書

年 月 日

特定医療法人 新生病院
地域連携室 宛

医療機関名

検査予約日時： 月 日 (:)

診療科名
医師氏名

患者基本情報	フリガナ		男・女	生年月日	(歳)	
	氏名			明・大 昭・平	年 月 日	
	住所					
保険情報	保険種類：国保・社保 老人・公費 本人・家族 負担割合 () 割					
	保険者番号		公費負担番号			
	記号・番号		受給者番号			

* 検査項目及び検査部位の各項に、○印及び必要事項のご記入をお願いします。

検査項目	検査部位・検査方法
C T	<input type="checkbox"/> 頭部(大脳、小脳、MRA、副鼻腔、眼窩、甲状腺、下顎骨、上顎骨、顎関節) 造影：無・有 <input type="checkbox"/> 胸部(肺、縦隔、心臓、大動脈) <input type="checkbox"/> 腹部(肝、胆、膵、腎、副腎、脾、MRCP)
M R I	<input type="checkbox"/> 3D 処理 <input type="checkbox"/> 骨盤部(骨盤、膀胱、直腸、子宮、卵巣) <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎、胸椎、腰椎) <input type="checkbox"/> 四肢 左・右(肩、肘、手、股、膝、足)関節 <input type="checkbox"/> その他：
骨密度検査	<input type="checkbox"/> DEXA 法 (身長・体重を記載してください) 身長： _____ c m 体重： _____ k g
具体的指示	
特記事項 (アレルギー・喘息・腎機能異常などありましたらお知らせください)	

〔診療情報提供書〕

紹介目的
傷病名・既往歴
病状・治療経過
現在の処方

送信先：新生病院 放射線科 FAX [026-247-2199] TEL [026-247-2411]