

CT・MRI共同利用申込書

申込年月日：平成 年 月 日

東海中央病院				依頼元		先生	
				医師名			
				電話			
				FAX			
フリガナ				性別	男性	生年月日	年 月 日 (才)
氏名				女性			
住所	〒	TEL					
診断名							
症 状						
						
						
						
						
						
検査希望日	月 日 (曜日)		午前・午後		時	分	
検査タイプ	<input type="checkbox"/> A 撮影のみ <input type="checkbox"/> B 撮影+読影		画像提供方法		<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム		
<input checked="" type="checkbox"/> 検査	依頼検査にレ印、コード・部位をご記入ください						
<input type="checkbox"/> CT	コード		部位		撮影内容等について具体的指示があればご記入ください		
	コード		部位				
<input type="checkbox"/> MRI	コード		部位		<input type="checkbox"/> 体内に金属(心臓ペースメーカー・人工心臓弁・動脈瘤クリップ等)が無いことを確認しました。		
	コード		部位				

返信・予約控

先生御机下 日付:

患者氏名 様 予約日 月 日 午前 時 分
 午後

(依頼検査 CT MRI)

当日は、 時 分 までに、『紹介患者さま窓口1番』へ、本状・保険証を持ってお越し下さい。

- 1、保険証を確認させていただきますのでご提示ください。
- 2、当院で受診されたことがある方は、当院の診察券もお持ちください。

公立学校共済組合 東海中央病院

上記予約に関するお問い合わせは、地域医療支援センターまで。 電話 (058) 382-2251 FAX (058) 382-9853