

共同利用申込書

申込年月日: 年 月 日

東海中央病院 メディカルサポートセンター FAX 058-382-9853 TEL 058-382-2251		依頼元 医師名 先生 電話 FAX	
フリガナ		性別	男性 女性
氏名		生年月日	年 月 日 (才)
住所	〒	TEL	
診断名			
症状			
検査希望日	月 日 (曜日)	午前・午後	時 分
画像提供方法	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	原則、共同利用の患者様全員に画像診断書を郵送させていただきます。	
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
<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。			
<input type="checkbox"/> 骨塩定量	コード	部位	基本的に腰椎と大腿骨頸部の両方を測定します。 腰椎の骨密度値が正常範囲でも大腿骨頸部の値が低い場合があります

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 MR 骨塩定量)

当日は、 時 分 までに、『紹介受付』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