

東海中央病院カルテ番号

— —

申込年月日:

年 月 日

共同利用申込書

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 電話 FAX				先生					
フリガナ				旧姓		<input type="checkbox"/> 男性		生年月日					
氏名						<input type="checkbox"/> 女性		年 月 日 才					
住所		〒		TEL									
診断名													
症 状													
検査希望日		第1				第2				その他			
画像提供方法		<input type="checkbox"/> CD-R		<input type="checkbox"/> フィルム									
【検査項目】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"/> 骨塩定量		コード				部位				基本的に腰椎と大腿骨頸部の療法を測定します 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				日付: 年 月 日							
患者氏名		様		予約日		月 日		<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		時 分	
( 依頼検査 : <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 骨塩定量 )											
当日は、15分前までに、1階の				<input type="checkbox"/> 紹介受付 <input type="checkbox"/> ②番受付		へ、本状・マイナ保険証を持ってお越し下さい。					
1 マイナ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											