

診療情報提供書

(MRI・CT検査予約票)



ぎおん牛田病院

FAX : 082-850-2600

TEL : 082-850-3116

希望日なし

検査希望日① 年 月 日 () AM・PM

検査希望日② 年 月 日 () AM・PM

紹介元	医療機関名
	所在地
	医師名
	TEL () -
	FAX () -

ふりがな			性別	生年月日	年 (月 日 歳)	
患者氏名	様		男・女			
住所	〒		TEL	() -		
保険情報	保険者番号		公費負担者番号			
	記号		公費受給者番号			
	番号		公費負担者番号			
	続柄	本人 ・ 家族		公費負担者番号		
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割				
	有効期限					
検査依頼	MRI ・ CT (○で囲んでください)					
検査部位						
造影検査	<input type="checkbox"/> 単純のみ		<input type="checkbox"/> 造影希望		<input type="checkbox"/> 造影一任	

検査目的 ・ 既往歴 ・ 臨床経過 ・ 治療経過