

# CT・MRI検査申込書(診療情報提供書)

令和 年 月 日

紹介先医療機関 : 埼玉成恵会病院 〒355-0072 埼玉県東松山市石橋1721 電話0493-23-1221(代表) 電話・FAX0493-23-1222(医療連携室直通)		紹介元医療機関 所在地 医師名 電話・FAX
検査希望日	第1希望 ( 月 日 )	第2希望 ( 月 日 )
フリガナ _____		
患者名	様 男・女	生年月日 年 月 日 ( 歳 )
住所 〒		
TEL	当院への受診歴 (有・無・不明)	
保険種別	本 ・ 家 ・ 国 ・ 前期 ・ 後期 ・ 労災 ・ 自賠 ・ 自費	
	その他 ( )	
CT (撮影部位)	頭部 ・ 頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤 脊椎 ( ) その他 ( )	
MRI MRA (撮影部位)	部位 (左 ・ 右)	
	頭部 ・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 腹部 ・ 骨盤 ・ 肩 ・ 肘 手関節 ・ 手指 ・ 股関節 ・ 膝 ・ 足関節 ・ 足 その他 ( )	
	TRS SAG COR 脂肪抑制 その他ご指定 ( )	
具体的器官名及び 知りたい事項		
傷病名		
症状経過		