診療情報提供書　（　FAX紹介予約申込書　）

主保険	保険者番号	記号・番号		1．本人 2．家族
併用保険	負担者番号	受給者番号	種別	負担率
			母・身・特・障・（　）	割
交通事故等	保険会社名：	電話番号：	担当者名：	

紹介先医療機関名　　年　月　日

ときわ病院

放射線科　三村　文利　先生御侍史

紹介元医療機関
名称・所在地
医師名
TEL
FAX

検査希望日	第一希望：　月　日AM・PM　時　分		
	第二希望：　月　日AM・PM　時　分		

患者	フリガナ		当院受診歴	□有　□無　□不明
	名前	（男・女）	生年月日	□大 □昭 □平　年　月　日（　歳）
	住所	〒 TEL（自宅）：　TEL（携帯）：		

●検査項目

□CT　【□頭部　□頚部　□胸部　□腹部　□その他（　）】

□MRI　【□頭部　□頚椎　□腰椎　□腹部(MRCP)　□右肩　□左肩　□骨盤　】

【□右膝　□左膝　□その他（　）】

□超音波　【□腹部　□甲状腺　□頚動脈　□乳房　□心臓　□その他（　）】

□骨塩定量（DEXA法）

□生理検査　【□筋電図　□ABI　□肺機能検査　□その他（　）】

●撮影方法　□単純　□造影

傷病名
紹介目的

MRI検査における予約前の確認事項　（□にチェックして下さい）

・心臓ペースメーカー	□有	□無	・閉所恐怖症	□有	□無
・脳動脈瘤術後クリップ	□有	□無	・てんかん	□有	□無
・人工弁・ステント類	□有	□無	・不整脈・狭心症など	□有	□無
・義眼・義耳	□有	□無	・妊娠（4ヶ月未満）	□有	□無
・磁性アタッチメント義歯	□有	□無			

・刺青　□有　□無

・体内金属　□有　【→　□インプラント □人工骨頭　□関節プレート □ステント□置き針 □その他（　）　□無