

CT・MRI 検査申込書

■送信先
医療法人桂名会
瀬尾記念慶友病院

FAX:055-935-1333

TEL:055-935-1511

依頼日： 年 月 日 紹介元医療機関名： _____

ふりがな 患者氏名	当院受診歴 無・有 様 男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
連絡先	※緊急時に連絡がつく番号でお願いします — —
保険情報	<input type="checkbox"/> 保険使用 ※保険情報の添付をお願いします <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠 (保険会社： 担当者：) <input type="checkbox"/> その他

検査内容	CT ・ MRI	
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 脊椎： [] <input type="checkbox"/> 四肢：右・左 [] <input type="checkbox"/> その他：
診察の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
女性のみ	妊娠の疑い <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

検査希望日時	
<input type="checkbox"/> 日付指定なし	午前 ・ 午後 ・ いつでも
第1希望	年 月 日 午前 ・ 午後
第2希望	年 月 日 午前 ・ 午後

その連絡事項
