

診療情報提供書(CT検査紹介状)

年 月 日

三好病院 宛

FAX:0798-67-4255

紹介先医療機関 医療法人 芳恵会 三好病院 兵庫県西宮市甲子園口北町24番9号 TEL(代) : 0798-67-3505 FAX(代) : 0798-67-4255				紹介元医療機関 名称: 所在地: TEL : FAX :			
フリガナ				〔大・昭・平・令〕			
患者氏名		男 女		年 月 日生 (才)			
患者住所 (〒 -) 電話:							
検査目的							
検査日(第一希望) : 年 月 日 午前・午後				読影 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			
検査日(第二希望) : 年 月 日 午前・午後							
<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 * 造影剤使用同意書(別紙)の記入もお願いします。 体重: Kg (造影の場合のみご記入お願いします)							
検査部位	〔頭・頸部〕		〔胸部〕		〔腹部〕		〔骨格〕
	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> トルコ鞍 <input type="checkbox"/> 眼窩部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 聴覚器 <input type="checkbox"/> 甲状腺		<input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 肺野 <input type="checkbox"/> その他 []		<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 胆嚢 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 頸椎 番 <input type="checkbox"/> 胸椎 番 <input type="checkbox"/> 腰椎 番 <input type="checkbox"/> 仙尾椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 上肢〔右・左〕 <input type="checkbox"/> 下肢〔右・左〕
	<input type="checkbox"/> その他の部位						
保険	保険者番号			公費			負担者番号
	記号・番号						受給者番号
	有効期限						有効期限
	被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族						負担割合・負担金
	負担割合			割			<input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅済み
	その他			<input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他の公費			<input type="checkbox"/> 入院中