

画像・内視鏡検査申込書

西暦 年 月 日

紹介先医療機関名 JR仙台病院

紹介元
医療機関名

科 担当医 殿

住所

医師名

TEL

FAX

診察予定日時 (大腸検査のみ)	年 月 日 ()	午前・午後	時 分
検査予定日時	年 月 日 ()	午前・午後	時 分
患者様	フリガナ	性別	JR仙台病院受診歴 1 有 2 無
	氏名	男 女	生年月日 大・昭平・令 年 月 日 歳
	住所	〒 - TEL - -	

傷病名			
紹介目的	<input type="checkbox"/> CTの検査及び診断 <input type="checkbox"/> MRIの検査及び診断	<input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査及び診断 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査及び診断 (経口・経鼻) ※前回検査は (経口・経鼻)	
CT・MRI	部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎)	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 大血管 <input type="checkbox"/> その他 ()
	造影	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影	
	結果	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 持ち帰り	※CD-ROMでのご報告になります ※持ち帰りは1時間程度お待ち頂きます
	採血データ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※造影時、3カ月以内の腎機能と感染症
内視鏡	安定剤	<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません	
	※経鼻 (胃)、安定剤の使用は患者様の状態等により変更となる場合があります		

※ MRIは1回につき、一部位のみチェックしてください。

② 2枚目から診療情報提供書になります。
 次の保険情報はこの用紙をはがしてから記入してください。(3枚目に写る可能性があるため)

主保険	保険者番号	記号	番号	1 本人 割
				2 家族 割
公費等	負担者番号	受給者番号		本人負担 割 (円)

※ 保険証等のコピーをFAXしていただいてもかまいません。

この検査申込書を下記番号にFAXしてください。

FAX 022-380-2345 (JR仙台病院 医事課「検査・診療 受付」)

TEL 022-380-2317