



| | | | | | | |
|----------------------|---|------------------------------|-------------|--------|------------------------------------|--|
| ふりがな | | | * 依頼日 年 月 日 | | | |
| | | | * 性別 | 男・女 | *年齢 | |
| * 患者氏名 | | | | | | |
| * 生年月日 | M | T | S | H | 年 月 日 | |
| 患者住所 | 〒 | | | | | |
| 患者連絡先 | Tel番号 - () - | | | | | |
| 病名 | | | | | | |
| * 受診科(医師) | * 受診希望日 月 日 | | | | | |
| * 紹介目的 及び 特記事項 | | | | | | |
| * 検査 | <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> CT (単純 造影 兩方) 《 検査部位 》 頭部 頭部+血管 副鼻腔 血管() 頸部 胸部 上腹部(肝・胆・脾・腎) 骨盤部 頸椎 胸椎 腰椎 胸腰椎 仙骨・尾骨 全脊椎 膝(右・左) その他() | | | | | |
| | 第1希望 月 日 時 | | | | | |
| | 第2希望 月 日 時 | | | | | |
| | 貴院名 | | | | | |
| | 【先生のお名前】 | | 先生 | | | |
| 【郵便番号】 | | - | | | | |
| 【所在地】 | | | | | | |
| 【連絡先】 Tel | | Fax <input type="checkbox"/> | | | | |
| ※以下は、わかる範囲で結構です | | | | | | |
| 保険種別 | 社保 | 国保 | 生保 | その他() | <input type="checkbox"/> ○をおつけください | |
| 保険者番号 | | | | | | |
| 記号・番号 | 本人・家族 <input type="checkbox"/> ○をおつけください | | | | | |