

紹介状

(MRI・CT検査依頼書)

医療法人社団一陽会 服部病院

FAX 0794-70-8024

紹介元医療機関名称・所在地

先生御侍史

予約希望日 令和 年 月 日 ()
時間

電話番号・FAX番号・担当医師名も必ずご記入ください

フリガナ	生年月日		当院受診歴
患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明
住所	〒 ー		
電話番号	自宅	携帯電話	
紹介目的			
既往歴			
目的臓器 (目的部位)	<input type="checkbox"/> 頭部 脊椎(<input type="checkbox"/> 頸 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腰) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 単純		
肝障害	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	感染症	HBs (<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未検査)
腎障害	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		HCV (<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未検査)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		Wa氏 (<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未検査)
喘息	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		その他 (<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未検査)
Hb値 :	PT値 :		
前回検査	<input type="checkbox"/> 初 <input type="checkbox"/> 再(年 月 日) 所見 :		
診断名	主訴		
*アレルギーのある方へ どのようなアレルギーですか	(記入)		
<検査目的>			
依頼内容	<input type="checkbox"/> 検査のみ <input type="checkbox"/> 検査+所見報告		
結果(所見)は郵送します。			
主保険	保険者番号	記号・番号	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
	保険者番号	受給者番号	種別 老・乳・()
併用保険①	保険者番号	受給者番号	種別 老・乳・()
	保険者番号	受給者番号	種別 老・乳・()

添付資料 - 無 X-P ECG 内視鏡フィルム 検査データ 超音波画像 MRI画像()
医療法人社団一陽会服部病院 〒673-0413兵庫県三木市大塚218-3 Tel(0794)83-5327