

天竜病院検査依頼申込書

ご依頼元	平成 年 月 日		
病院・医院			
科	先生		
電話			
FAX			

患 者	ふりがな			性別	男 ・ 女
	氏名			年齢	歳
	生年月日				
	住所		TEL		

主訴・疾患名・暫定病名・検査目的

検査予約日	平成 年 月 日 時
検査項目	<input type="checkbox"/> MRI (部位)
	<input type="checkbox"/> CT (部位)
	<input type="checkbox"/> 骨密度
	<input type="checkbox"/> 脳波 (閃光 ・ 音 ・ 過呼吸 ・ 開眼)
	<input type="checkbox"/> 血管伸縮性検査 (ABI ・ PWV ・ 血管年齢)
<input type="checkbox"/> 肺機能 (FC ・ FVC ・ 肺年齢)	
天竜病院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

保 険 情 報	公費負担者番号				
	公費負担医療の 受給者番号				
	被保険者証号 記号 ・ 番号	記号		番号	
	被保険者番号				
	被保険者 氏名 ・ 続柄		続柄		
	資格取得年月日				
	職 業	事業所			
	電話番号				

※セデーションが必要な場合や状態が不安定の場合、主治医の先生もご来院いただけますようお願いいたします。

ご依頼方法

地域医療連携室(代表053-583-3111)へ直接電話で予約し、検査日を決定する



本申込書を当院医事課へFAX(053-583-0467)
MRI・CT検査の場合は遠隔画像診断依頼書もFAX



当日、本申込書を持って当院受付へおいで下さい。
なおMRI・CT検査の方は検査伝票と遠隔画像診断依頼書とMRI検査チェック票も合わせてご持参ください。