

検査予約申込書 兼 診療情報提供書

記載日： 年 月 日

■紹介先

兵庫医科大学 梅田健康医学クリニック

TEL:06-6131-4461 FAX:06-6131-4674

■紹介元医療機関

医療機関名 所在地 〒		医師名 (印) TEL : FAX :	
フリガナ		性別	〒
患者氏名		<input type="checkbox"/> 男	住所
生年月日(西暦) 年 月 日(歳)		<input type="checkbox"/> 女	
当院または兵庫医科大学病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			電話
検査希望日 <input type="checkbox"/> 最短日を希望 第1希望： 月 日 第2希望： 月 日		検査結果 *所見は後日郵送させていただきます <input type="checkbox"/> CD-R 希望 <input type="checkbox"/> CD-R 不要	
CT <input type="checkbox"/> 単純		MRI <input type="checkbox"/> 単純	
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢		<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 卵巣 (<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり) <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 腰椎 (<input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり)	
検査前 確認事項	<ul style="list-style-type: none"> ・患者同意 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・搬送 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車いす ・ペースメーカー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・植え込み型除細動器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・体内金属 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・インスリンポンプ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・刺青, アートメイク <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・妊娠 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・安静仰臥位 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 		
傷病名 (疑い)			
検査目的			