



# 画像検査予約ファックス送信票

## 診療情報提供書兼紹介状

FAX (096)-353-6563

### 1. 貴施設情報

貴施設名： \_\_\_\_\_

医師氏名： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

FAX： \_\_\_\_\_

### 2. 検査予約情報

検査予約日	年 月 日 ( 曜日 ) 時 分
検査項目	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 骨密度・体組成
検査部位 (RI検査名)	<p>※全身MRI (DWIBS) 検査依頼時は、別途同意書の記載をお願いいたします。</p> <p>※骨密度検査は希望検査に○をつけてください。 骨密度のみ 体組成+骨密度</p> <p>※RI検査は下記のみ可能です。希望検査に○をつけてください。</p> <p>骨シンチ, 脳血流 (IMP), 脳血流 (ECD), ドパミン, 心筋交換 (MIBG), 腎動態, 副甲状腺</p>

### 3. 患者様情報

ふりがな		保険者番号	
氏名	男	記号番号	
		女	公費番号
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 ( 才 )	受給者番号	
連絡先	- -	保険区分	本人・家族
現住所	〒 ( - ) 市 町 電話 ( - - ) 番地		
傷病名			
紹介目的			
既往歴及び家族歴			
症状経過・治療経過及び検査結果 ※造影検査をご希望の場合は、腎機能結果の別紙FAXもしくは下記への記載をお願いします。			
現在の処方等			