

検査予約依頼票 A - 造影剤使用

(患者紹介状・診療情報提供書)

※製鉄記念室蘭病院提出用

(検査依頼先)

製鉄記念室蘭病院 地域医療連携課 行き
FAX0800-800-4305 TEL0800-800-4304

H25. 5版

平成 年 月 日

(依頼元)
医療機関名
所在地
TEL
FAX

検査予定日 平成 年 月 日() 時 分頃

医師氏名



(フリガナ)				
患者氏名			男・女	
生年月日		明・大・昭・平 年 月 日(歳)	新日鐵病院受診歴(有/無) *有の場合 科 年 月頃	
患者住所		〒 自宅TEL() - 連絡先TEL() -		
予約希望日時 (第一希望)		平成 年 月 日()	予約希望日時 (第二希望)	平成 年 月 日()
検査名を ○で 囲む	種類	部位・項目	造影	絶食
	CT	頭部・胸部・腹部 その他()	有	なし (腹部のみ、朝食 または昼食 水分は可、 MRCPは水分 も不可)
	冠動脈CT	コアベータ使用(可・否)		
	MRI	検査部位をご記入ください	有	
検査目的 (傷病名・症状 疑い病名を含) その他所見				
現在の処方		※必ず記載をお願いします。記入しきれない薬剤情報は別紙添付してください。		
既往歴及び家族歴		*食物・薬物アレルギー (有・無)		
備考 (患者に関する留意事項)				
添付資料		有・無 X線フィルム・内視鏡フィルム・その他()		

○保険証のコピーもFAXしてください。(カルテ・IDカード作成等事前準備を行います。)
なお、保険証コピーのFAXができない場合には、下の主保険・併用保険の番号等を必ずご記入願います。

主 保 険	保険者番号	記号・番号	1. 本人 2. 家族
	負担者番号	受給者番号	
併 用 保 険	負担者番号	受給者番号	1. 割 2. 割
併 用 保 険	負担者番号	受給者番号	備考

○予約が完了しましたら、「検査予約受付票・検査予約票」をFAXいたしますので、「検査予約票(受診者用)」を切り離し患者様にお渡しください。また、この「検査予約依頼票 A - 造影剤使用」を紹介状入れ封筒(緑色)に入れ、患者様に持参させてください。

○CT・MRIの写真を検査当日に必要なとする場合には、その旨お申し出ください。

※受診・検査料につきましては当院でのレセプト請求となりますので、貴院に対するご請求はありません。