(ファックス用)

令和　　年　　月　　日

地域医療連携室　CT･MRI検査申込書

くしもと町立病院

紹介元医療機関名

　　　　放射線　科　　　　　　　　　　　　　　　住　所：

ＴＥＬ：

ＦＡＸ：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 旧姓 |
| 氏　　名 |  | 男・女 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　歳） |
| 住　　所 | 〒　　　－ |
| 電　　話 | （　　　　）　　　　－　　　　　　（携帯） |

|  |  |
| --- | --- |
| 傷 病 名 |  |
| 紹介目的 |  |

**●依頼内容**□検査依頼（第一希望日　　月　　日、第二希望日　　月　　日）

地域医療連携室では、ご予約依頼の患者様のみの対応となっております。

　　緊急時は、当院の患者様を優先させていただく場合がございますので、ご理解の程よろしくお願いいたします。

**【検査申し込み】**

《検査部位》　　□頭部　□頸椎　□胸部　□腹部（全腹・上腹・下腹）　□腰椎

　　　　　　 　□四肢（　　　　 　　）　　　 □その他（　　　　　　　）

《検査項目》　　■C T □単純　□造影　□両方

**MRI は下記で「有」の方の検査はできません。**

●心臓ペースメーカー　　　　　　（有・無）

●人工内耳等の電極　　　　　　 （有・無）

●MRI対応でない脳動脈クリップ

　材質不明の場合も不可　　　　　（有・無）

造影MRI は下記で「有」の方の検査はできません。

●気管支喘息　　　　　　　　　　（有・無）

●薬物アレルギー　　　　　　　　（有・無）

　　　　　　　 ■MRI 　□単純　□造影　□両方

《撮影画像の提供方法》 　　　　 □ＣＤ

《読影希望の有無》 　　　□希望する　 □希望しない

※造影剤使用の場合は、受診が必要となるため、

翌日以降のご予約お願いいたします。

**●保険情報**　　※保険証の写しをFAXしていただければ、記入は不要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険者番号 |  | 記　　号 |  |
| 番　　号 |  |
| 資格取得日 | 　　　　年　　月　　日 | 有効期限 | 　　年　　月　　日 |
| 被保険者 | 本人　・　家族 | 負担割合 | 割 |
| 公費医療負担者番号 |  |
| 受給者番号 |  |
| 有効期限 | 年　　月　　日 | 負担割合 | 割 |

**くしもと町立病院の診察券の有無　　　有の場合ID番号（　　　　　　　　　　　　　　　）**

和歌山県東牟婁郡串本町サンゴ台691-7

**くしもと町立病院　地域医療連携室　　FAX 0735-62-5588　　TEL 0735-62-7878**