CT・MRI　検査依頼申込書（診療情報提供書）

令和　　年　　月　　日

順心神戸病院
地域医療連携室(検査受付担当) 行

専用FAX
078-754-8582

紹介元医療機関名	
住　　所	
医師氏名	
T　E　L	
F　A　X	

フリガナ		男・女
患者氏名	様	
生年月日	M/T/S/H/R　　年　　月　　日(　　歳)	
受診歴		
順心神戸病院ID		
患者住所	〒　　－	

検査希望日
①　　月　　日(　) AM・PM・いずれでも可
②　　月　　日(　) AM・PM・いずれでも可
③　　月　　日(　) AM・PM・いずれでも可

読影診断を　□ 希望する
　　□ 希望しない

＊検査結果は後日郵送します

病名・主訴、検査依頼目的等

MRI検査の場合、次の項目を患者様にご確認ください　(確認　□ 済　□ 未)
□ 心ペースメーカー　□ 人工弁置換　□ 脳動脈クリップ　□ 妊娠　□ 喘息
□ ヘモクロマトーシス　□ 入れ墨　□ その他の体内貴金属
手術歴　有 ・ 無

放射線検査

■ CT　□ 頭部　□ 頸部　□ 胸部　□ 腹部　□ 四肢 (□ R　□ L)　□ その他
□ 単純　□ 造影　□ 単純＋造影

■ MR　□ 頭部　□ 頚椎　□ 胸部　□ 腰椎　□ MRCP (□ 胆　□ 膵)　□ 肝臓　□ 腎臓・副腎
□ 子宮・卵巣　□ 前立腺　□ 肩 (□ R　□ L)　□ 膝 (□ R　□ L)　□ その他
□ 単純　□ 造影　□ 単純＋造影
□ MRA

下記ご記入ください(保険証コピー可)

保険者番号	
記号番号	
被保険者	
資格取得	年　月　日
有効期限	年　月　日
事業所名称	
所在地	

公費負担番号	
受給者番号	
資格取得	年　月　日
有効期限	年　月　日
備考	老人負担割合