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