

記入日 年 月 日

## 診療情報提供書 兼 放射線検査FAX専用申込書

医療法人羊蹄会  
小牧ようてい記念病院 宛

FAX 0568 - 65 - 7518  
TEL 0568 - 65 - 7517

医療機関名
所在地
FAX番号
電話番号
医師氏名

患者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	T S H	年 月 日生	歳	体重Kg
	氏名			kg					
	住所	〒 -							
	連絡先	自宅 ( ) ----- 携帯 ( )							

検査希望日	月 日	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	時 分
-------	-----	---	-----

主訴（傷病名）	読影希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
---------	------	---

単純撮影	単純C T <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 椎体 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	単純MRI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> ( ) 関節 <input type="checkbox"/> その他 ( ) * 事故防止のため必ず問診表の記入、確認をお願い致します。

造影剤検査	感染症 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 ( HBS抗原・HB抗体・HCV・その他： ) <input type="checkbox"/> 無
	造影C T <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 脳動脈 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 ( <input type="checkbox"/> 三相 <input type="checkbox"/> 一相 ) <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> その他 ( ) * 事故防止のため必ず同意書の記入、確認をお願い致します。
	造影MRI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部MRA <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> ( ) 関節 <input type="checkbox"/> その他 ( ) * 事故防止のため必ず同意書・問診表の記入、確認をお願い致します。

■既往症、検査目的等 特記事項   
-----------------------------

※受付時間は月曜～土曜 8：30～16：00となっております。時間外・休日のお申込みは、翌日受付となります。

以下、病院使用欄

受付日	受付印	回答FAX
/		