

画像診断検査依頼兼診療情報提供書(FAX送信用)

| | | | |
|--|---|---|------|
| 当院で受診されたことがありますか <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ➔ | | 診察券番号 _____ | |
| フリガナ | | <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | 生年月日 |
| 受診者氏名 | | | |
| 受診者住所 | | | |
| 電話番号(連絡先) | | | |
| 検査日 | 平成 年 月 日 () 時 分 ~ | | |
| 依頼医療機関名 医師名 (印) 所在地 TEL/FAX | | | |
| ※検査日ご持参いただくもの <ul style="list-style-type: none"> ● 保険証 * 公費負担の片は「医療証」もご持参ください。 ● 画像診断検査依頼兼診療情報提供書(FAX送信用) ※本用紙 ● MRI検査チェックリスト(MRI検査のみ) ● 箱根病院の診察券(以前受診されたことのある方) | | | |
| 検査部位(希望部位にチェックを入れてください) | | 単純検査になります。 | |
| C T | <input type="checkbox"/> 頭部 (脳) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 頭部 (眼窩・副鼻腔・中耳・歯) <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部+腹部 | <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> その他() | |
| MRI (1部位のみ) | <input type="radio"/> 頭部 (脳) <input type="radio"/> 腎臓 <input type="radio"/> 頭部 (眼窩・副鼻腔・中耳) <input type="radio"/> 頸部 <input type="radio"/> 膀胱 <input type="radio"/> 胸部 <input type="radio"/> 前立腺 <input type="radio"/> 肝・胆・膵 <input type="radio"/> 子宮・卵巣 | <input type="radio"/> 股関節(右・左) <input type="radio"/> 肩関節(右・左) <input type="radio"/> 膝関節(右・左) <input type="radio"/> 肘関節(右・左) <input type="radio"/> 足関節(右・左) <input type="radio"/> 手関節(右・左) <input type="radio"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) <input type="radio"/> その他() | |
| 検査目的及び臨床情報(検査・読影に必要ですので詳しくご記入願います。また、ご希望の撮影方法があればご記入願います。) | | | |
| 読影レポートをご希望の場合はチェックを入れてください→ <input type="checkbox"/> 読影を希望する | | | |

※画像出力媒体はCD-R(DICOM)となります。

【問い合わせ先】

独立行政法人国立病院機構 箱根病院
 〒250-0032 神奈川県小田原市風祭412
 TEL 0465-22-3196(内線 1205)
 FAX 0465-23-1167
 受付時間 8:30~17:15 土日祝を除く