

依頼日 令和 年 月 日

日野病院 画像検査予約申込書  
(診療情報提供書)

FAX番号 0859-72-0089

名称・所在地(ゴム印可)

医療機関名

医師名

住所

電話

FAX

フリガナ			次回受診日	年	月	日
氏名			当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有	・	<input type="checkbox"/> 無
生年月日	<input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭・ <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令	年	月	日	歳	性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
住所						
電話			携帯電話			
検査希望日	第1希望	令和	年	月	日	
	第2希望	令和	年	月	日	
		令和	年	月	日	以降の最短
	<input type="checkbox"/> 希望なし					

傷病名						
検査目的						
移動形態	<input type="checkbox"/> 単独歩行 ・ <input type="checkbox"/> 介助歩行 ・ <input type="checkbox"/> 車椅子 ・ <input type="checkbox"/> ベッド					

希望する画像検査にしてください。

検査種類	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨塩定量 [ DXA ]					
検査項目	<input type="checkbox"/> 単純 ・ <input type="checkbox"/> 造影					
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部					
	<input type="checkbox"/> 胸部					
	<input type="checkbox"/> 腹部(MRCP含)					
	脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 ・ <input type="checkbox"/> 胸椎 ・ <input type="checkbox"/> 腰椎				
	骨盤部	<input type="checkbox"/> 骨盤 ・ <input type="checkbox"/> 子宮/卵巣 ・ <input type="checkbox"/> 膀胱前立腺				
上肢	肩関節( <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右) ・ 肘関節( <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右) ・ 手関節( <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右)					
下肢	股関節( <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右) ・ 膝関節( <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右) ・ 足関節( <input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右)					

その他、注意事項または撮影方法等ございましたら下記にご記入ください。

画像CDの提供方法	<input type="checkbox"/> 患者持ち帰り ・ <input type="checkbox"/> 郵送					
-----------	---	--	--	--	--	--

日野病院 地域連携推進室 〒689-4504 鳥取県日野郡日野町野田332

受付時間 月～金(土日祝祭日・年末年始は除く)  
8時30分～16時45分

連絡先

電話 0859-72-2714(直)  
FAX 0859-72-0089