

画像検査予約申し込み用紙(診療情報提供書)

年 月 日

依頼元医療機関名			
電話番号	FAX		
ご連絡可能時間	時 分	時 分	
	時 分	時 分	
ご担当医師			

患者様氏名(ふりがな)	()
患者様連絡先(日中連絡のとれる電話番号)	- -
生年月日 T・S・H・R	年 月 日 (歳) 男・女
体重 kg	

患者様希望時間	1、 月 日() AM・PM
	2、 月 日() AM・PM
	3、 月 日() AM・PM

臨床診断

検査目的

検査部位 (重点的に検査したい部位も記載/例:腰椎5番 等)

手術経験 なし・あり (ありの場合下記記載)
()

心臓ペースメーカー	なし・あり
人工内耳	なし・あり
体内金属物	なし・あり
妊娠の可能性	なし・あり
刺青(アートメイク含む)	なし・あり
パニック障害、閉所恐怖症	なし・あり

☆部位一カ所の撮影となります

☆ペースメーカーなどの体内に金属が入っている患者様、妊娠の可能性がある

患者様の場合、安全面を考慮し検査申し込みの受付をお断りしています

(医療機関)おおみち整形外科リハビリテーションクリニック

◆ご不明な点がございましたら、お問い合わせください

電話番号 072-834-2100 FAX 072-834-2110