

# 依頼票

駿河療養所 庶務 FAX 番号 : 0550-87-1921

## 駿河療養所 CT等検査 依頼票

(紹介医→駿河療養所庶務)

駿河療養所

年 月 日

\_\_\_\_\_ 科 御中

ア. 担当医 \_\_\_\_\_ 施設名 \_\_\_\_\_

- 担当医 \_\_\_\_\_ 先生 希望
- 担当医は療養所の診療体制にゆだねる

医師名 \_\_\_\_\_

イ. 検査希望日

TEL \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 希望

FAX \_\_\_\_\_

- 検査日は療養所の診療体制にゆだねる

- 本日至急 ※治療棟へ電話(代表Tel0550-87-1711)をして、依頼票もFAXしてください。

氏名		男・女	住 所	
生年月日	M.T.S.H 年 月 日	TEL	( )	—
駿河療養所受診実績	有・無	年 月 頃	科	
医療機器利用申込 (読影: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) (撮影方法: 単純のみ) (画像情報: <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-Rとフィルムの両方) <input type="checkbox"/> CT (部位 _____ ) <input type="checkbox"/> X線撮影 (部位 _____ 撮影方向 _____ ) <input type="checkbox"/> 骨密度測定  ※ 申込と引き換えに受付票をFAX送信します。				
通信欄				
① 緊急性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		② 救急車使用 <input type="checkbox"/> 有		
保険証情報	主 保 険	保険者番号	記号番号	本人・家族
				本人・家族
	主・従	公費負担者番号	受給者番号	割 合
				割