

高度医療機器利用申込書

社会医療法人 明陽会
成田記念病院

令和 年 月 日

放射線科・消化器内科 御中

貴院名 _____

★検査名 *PET-CTは別申込書となります。

ご担当医 _____

C T (単純・造影) (部位: _____)

TEL _____

M R I (単純・造影) (部位: _____)

F A X _____

R I 骨シンチ・脳血流シンチ (IMP・ECD)

その他 (_____) ★検査希望日

放射線治療トモセラピー

希望なし (当院の診療体制に委ねる)

上部消化管内視鏡検査

希望あり
(AM ・ PM _____)

その他 (_____)

フリガナ				〒				
氏名				男・女	住所			
生年月日	T・S・H・R	年	月	日	歳	TEL	()	—
成田記念病院 受診歴	有・無			年	月	頃	科	
<患者様情報> *お手数ですが、可能な限りご記入をお願い致します。								
<input type="checkbox"/> 感染症	H C V ・ H B s ・ 梅毒血清反応 ・ その他 (_____)							
<input type="checkbox"/> 抗凝固剤服用	薬剤名 (_____)							

☆☆☆通信欄 (できましたら簡単に症状のご記入をお願い致します。) ☆☆☆

造影希望の際はクレアチニンの数値がおわかりになればご記入下さい。(Cre: _____ 採血日: _____)

☆☆☆保険証等転記欄 (記号番号を下記へご記入下さい。保険証添付も可です。) ☆☆☆

保険者	記号	番号	本人・家族	負担割合
資格取得日	S・H・R	年	月	日
		有効期限	H・R	年
			月	日

公費負担者番号	受給者番号/記号	本人
資格取得日	S・H・R	年
	有効期限	H・R
		年
		月
		日

☆☆☆<その他通信欄>ご自由にご活用下さい。☆☆☆

