

CT・MRI 検査申込書

ふりがな	
患者名	男 女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
患者住所	
電話番号	— —

※健康保険情報は保険証のコピーでも結構です

健康保険情報

(国保・社保・後期・その他 本人・家族)

保険番号								
記号・番号								
自己負担割合	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割 ()							
公費負担番号								
公費負担医療 受給者番号								
乳・ひとり親・障								
	(初診時一部負担金・市民税課税)							
その他	生保・労災・公災・自賠責・その他							

病名(疑い病名でも可):
検査日 月 日 時間 :
検査項目(該当する項目に○をつけてください) CT(単純・造影) MRI(単純・造影)
撮像部位(CT): 頭部・頸部・胸部・上腹部・下腹部・脊椎・四肢・CTA(部位:)・その他()
撮像部位(MRI): 頭部・頸部・胸部・上腹部・骨盤腔・脊椎(希望レベル ~)・ 関節(部位: 関節 右/左)・乳房(右/左)・MRA・MRCP・その他()
放射線科医師 読影レポート(希望する・希望しない) *読影レポートを希望される場合は臨床経過もご記入ください
検査目的(具体的撮像指示など)
臨床経過

(紹介元医療機関)
令和 年 月 日
所在地
名称
紹介元医師名
電話番号 — —
FAX 番号 — —

※患者様が来院する際、保険証をご持参願います。

〒047-8510 小樽市住ノ江1丁目6番15号