

共同利用申込書

申込年月日：20 年 月 日

十勝ヘルスケアクリニック F A X : 0155-58-3314 T E L : 0155-58-3311		依頼元： 医師名：先生 電話： F A X：			
フリガナ		性別	男性	生年月日	年 月 日 (才)
患者氏名			女性		
住所	〒	電話番号			
診断名					
症 状					
検査希望日		月 日 (曜日)		午前・午後 時 分	
画像提供方法		C D - R		検査終了後、患者様にお渡し致します。	
依頼検査にレ印、部位をご記入下さい。					
				撮影内容について具体的指示があればご記入下さい	
<input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> 造影剤あり		部 位			
<input type="checkbox"/> M R I <input type="checkbox"/> 造影剤あり		部 位			
		<input type="checkbox"/> 体内に金属（心臓ペースメーカー・動脈瘤クリップ等）が無いことを確認しました。			
※造影剤ありの場合は検査前に医師の診察が必要になりますので、診療情報提供書の作成をお願い致します。					

返 信 ・ 予 約 控		記載日：20 年 月 日			
患者氏名：	様	予約日	月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分
		(依頼検査)	<input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> M R I		
当日は、 時 分までに「受付窓口」へ本状・保険証を持ってお越し下さい。					
1. 保険証を確認させていただきますのでご掲示下さい。 2. 当院で受診されたことがある方は、当院の診察券もお持ち下さい。					
十勝ヘルスケアクリニック 					
上記予約に関するお問い合わせは (0155) -58-3311にご連絡下さい。					