

医療法人 信和会

紹介状送付先【TEL・FAX】(0798)47-1816 直通

明和がんセンタークリニック

放射線診断科 担当 医師 検査日・・・(火)・(水)・(金) 【第1検査希望日】 月 日 () *第2希望日以降は異なる曜日で複数の希望日をご記入ください		【医療機関名】 【所在地】 【医師名】 【TEL】 () - 【FAX】 () -	
フリガナ			
患者氏名 様 (男・女)		身長 _____ cm	
生年月日 T・S・H・R 年 月 日 歳		体重 _____ kg	
住所 〒			
TEL () - 携帯 () -			
<input type="checkbox"/> 骨シンチ <input type="checkbox"/> 脳(のう)血流シンチ <input type="checkbox"/> 負荷脳血流シンチ (同意書要FAX) <input type="checkbox"/> ダットスキャン <input type="checkbox"/> 心筋MIBG <input type="checkbox"/> 肺(はい)血流シンチ <input type="checkbox"/> 腎レノグラム (ラシックス <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 肝アジアロシンチ <input type="checkbox"/> リンパシンチ (<input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 上肢) <input type="checkbox"/> メッケル憩室シンチ <input type="checkbox"/> 甲状腺シンチ (<input type="checkbox"/> ^{99m} Tc <input type="checkbox"/> ¹²³ I) <input type="checkbox"/> 唾液腺シンチ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 相談希望 (どの検査か迷われる時は病状に基づき推奨検査をご連絡します)			
病名(主訴) 既往歴(家族歴)		【薬剤アレルギー】 無・有 ()	
検査目的 病状及び治療経過		<input type="checkbox"/> 別紙参照	
検査結果		腫瘍マーカー値等	
		HBs-Ag(+/-) HCV-Ab(+/-) TPHA(+/-) MRSA(+/-) 【検査日 . . .】	

保険者番号		公費負担番号	
記号・番号		公費受給者番号	
本人・家族	本人 ・ 家族	負担割合	0割 1割 2割 3割
負担割合	0割 1割 2割 3割	有効期限	年 月 日
有効期限	年 月 日	外来負担金	円/日まで(月 回)