

保険適用CT検査申込書

ご紹介くださる医療機関様へ … CT検査の予約後に下記の太線内の項目を記入のうえ FAXにてお申込下さい。

仁厚会病院 FAX 046-221-5309

フリガナ 患者名		性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
住所		TEL	
保険者番号	記号	番号	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
紹介医療機関	紹介医名		
紹介医療機関電話番号			

下記の項目は、ご紹介くださる先生がご記入下さい。

希望装置	<input type="checkbox"/> MDCT	<input type="checkbox"/> CBCT(歯科用CT) ※1/3顎単位 (撮影範囲 直径約80mm)
病名		
撮影部位・範囲	<input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 上下顎 <input type="checkbox"/> その他	()
症状経過		
臨床診断		
①10分ほど静止できる患者様ですか。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ②妊娠またはその可能性がありますか。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ③その他検査に必要な情報などがありましたらご記入下さい。		

※検査当日は、必ず保険証を持参して下さい。
 ※画像データはCD-Rでのお渡しとなります。
 ※読影を希望する場合は通常の紹介診療となり、X線検査、読影、情報提供となります。

当院記入欄

検査日 平成 年 月 日 () 時 分

ID

医事課	歯科医師	会計	完了