

## 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。

検査日時	平成	年	月	日 ( )	時	分
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

ID

医事課	歯科医師	会計	完了