

FAX予約申込書(診療情報提供書)

令和 年 月 日

紹介先： 横浜町田関節脊椎病院	紹介先医療機関名：
所在地： 東京都町田市南つくし野3丁目1-	所在地： 〒
TEL： 042-812-2110	TEL：
FAX： 042-812-2111	FAX：
	医師名：

検査予約日	労災	自賠責
/ () 時 分	有・無	有・無

ふりがな		生年月日	明 大 昭 平 令
患者氏名			
住所	〒	TEL	自宅： 緊急：

傷病名		紹介目的	
臨床情報(主訴・経過)			

- 依頼検査 CT(単純) MRCP
 MRI(単純) 骨密度(DXA法)

(注意事項) 当院では造影検査を現在行っておりません。ご了承ください。

- 検査部位 頭部 頸部 副鼻腔 胸部 腹部
 頸椎 胸椎 腰椎 肩関節(右・左)
 股関節(右・左) 膝関節(右・左)
 その他骨軟部 ()
 その他 ()

検査前チェック項目

(有・無)体内金属((有・無)刺青・アートメイク
(有・無)入れ歯(磁石で固定するタイプ)	(有・無)妊娠初期及び妊娠の可能性
(有・無)薬剤アレルギーの既往	

次回の貴機関再診予定日 令和 年 月 日 (AM ・ PM)