矢印の方向から縦向きにＦＡＸして下さい。

検査予約ＦＡＸ依頼書（兼診療情報提供書）

社会保険大牟田天領病院　地域医療室（予約センター）　行

受付時間　月～土曜　　9：00～17：00（土曜は12：00まで）

ＦＡＸ：0944－55－9886　　ＴＥＬ：0944－54－8482

保険者番号								
記号・番号								
被保険者との続柄	本人　・　家族							
公費負担者番号								
公費負担受給者番号								

①紹介元控え

①は記入後ＦＡＸして下さい

②は患者様にお渡し下さい

※事前にカルテを作成しますので、可能であれば、保険者番号等の記入をお願い致します。

検査予約 事前連絡（未・済）	□ ＣＴ（ □単純 □必要なら造影 ） □ ＭＲＩ（ □単純 □必要なら造影 ） 造影の場合はご記入下さい。 ＢＵＮ　　mg/dℓ　Ｃｒ　　mg/dℓ □ ＲＩ
結果	□ フィルム希望　　□ ＣＤ－Ｒ希望
フリガナ 患者様のお名前	様　（男・女）
生年月日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）
現住所	電話　　－　　－

①希望検査部位

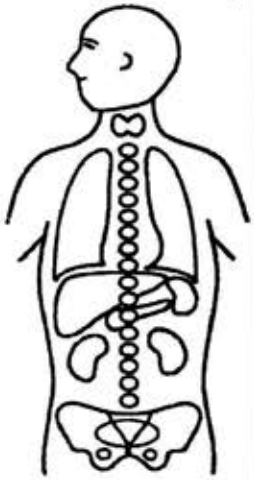
頭部・副鼻腔・頸部・胸部・腹部（肝　胆　膵　他）

頸椎・胸椎・腰仙椎・骨盤部・関節（　　）・その他（　　）

前回検査（有・無・他院）　　年　　月　　日　No.

②感染症　ワ氏（　　）　HBs（　　）　HCV（　　）　ATL（　　）

③妊娠　（＋・－）



④傷病名

⑤紹介目的

⑥病歴等　手術（金属使用の有　　・無）

平成　　年　　月　　日

○検査予約ＦＡＸ依頼書が着信しましたら、受診票をＦＡＸ致しますので患者様にお渡し下さい。

ご紹介元医療機関

名　　称：

所在地：

ＦＡＸ：　　－　　－

電話番号：　　－　　－

医師氏名：

矢印の方向から縦向きにＦＡＸして下さい。

検査予約ＦＡＸ依頼書（兼診療情報提供書）

社会保険大牟田天領病院　地域医療室（予約センター）　行

受付時間　月～土曜　　9：00～17：00（土曜は12：00まで）

ＦＡＸ：0944－55－9886　　ＴＥＬ：0944－54－8482

保険者番号	
記号・番号	
被保険者との続柄	本人　・　家族
公費負担者番号	
公費負担受給者番号	

②紹介先用

社会保険大牟田天領病院行

※事前にカルテを作成しますので、可能であれば、保険者番号等の記入をお願い致します。

検査予約 事前連絡（未・済）	□ ＣＴ（□単純 □必要なら造影）
	□ ＭＲＩ（□単純 □必要なら造影）
	造影の場合はご記入下さい。 ＢＵＮ　　mg/dℓ　Ｃｒ　　mg/dℓ
	□ ＲＩ
結果	□ フィルム希望　　□ ＣＤ－Ｒ希望
フリガナ 患者様のお名前	様　（男・女）
生年月日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）
現住所	電話　　－　　－

①希望検査部位

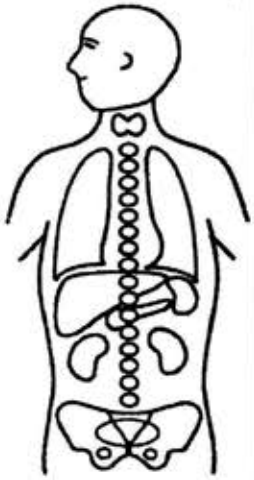
頭部・副鼻腔・頸部・胸部・腹部（肝　胆　膵　他）

頸椎・胸椎・腰仙椎・骨盤部・関節（　　）・その他（　　）

前回検査（有・無・他院）　　年　　月　　日　No.

②感染症　ワ氏（　　）　HBs（　　）　HCV（　　）　ATL（　　）

③妊娠　（＋・－）



④傷病名

⑤紹介目的

⑥病歴等　手術（金属使用の有　　・無）

平成　　年　　月　　日

○検査予約ＦＡＸ依頼書が着信しましたら、受診票をＦＡＸ致しますので患者様にお渡し下さい。

ご紹介元医療機関

名　　称：

所在地：

ＦＡＸ：　　－　　－

電話番号：　　－　　－

医師氏名：