

検査予約FAX依頼書（兼診療情報提供書）

2020.7

社会保険大牟田天領病院 地域医療連携室（予約センター） 行

受付時間 月曜～金曜日 9:00～16:00（祝日は除く）

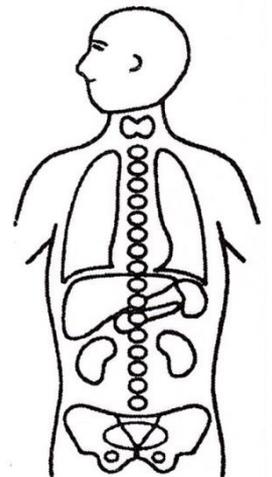
直通FAX: 0944-55-9886

代表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							

※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	<input type="checkbox"/> CT ( <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ) <input type="checkbox"/> MRI ( <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 ) ※造影の場合以下を記入の上、問診・同意書(別紙)の記入をお願い致します。 BUN: _____ mg/dℓ Cr: _____ mg/dℓ ( _____ 年 _____ 月 _____ 日検査) <input type="checkbox"/> RI <input type="checkbox"/> 骨密度測定
事前連絡(未・済)	
結果	<input type="checkbox"/> レポート <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム
フリガナ 患者様の名前	_____ 様 ( 男 ・ 女 )
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)
住所	_____ 電話 _____ - _____
①検査日	第1希望: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (AM/PM) 第2希望: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (AM/PM)
②検査部位	頭部・副鼻腔・頸部・胸部・上腹部・骨盤部・その他( _____ ) 頸椎・胸椎・腰仙椎・関節( _____ )・四肢( _____ )
③病名	.....
④検査目的	..... ..... .....
⑤その他詳細	..... .....



○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。

医療機関  
名称:  
所在地:

FAX: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 電話番号: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 医師氏名: \_\_\_\_\_

印