

【 C T ・ M R I 検 査 予 約 用 】

紹介患者事前受付 F A X 用紙（診療情報提供書）

申込日 令和 年 月 日

患 者 情 報				
フリガナ 氏 名	()	性別 男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住 所			電話番号	
久美浜病院受診歴		あり（診察券番号:) ・ なし ・ 不明		

検 査 予 約	
希望検査（○をつけてください）	
検 査 名	検 査 部 位
C T (単純)	1. 頭部 2. 頸部 3. 胸部 4. 腹部 5. 骨盤部 6. 四肢（左・右） 7. その他（)
M R I (単純) ※MRIは問診票が必要になります。	1. 頭部 2. 頸部 3. 胸部 4. 腹部 5. 骨盤部 6. 脊椎（頸椎・胸椎・腰椎） 7. 四肢（左・右） 8. その他（)
依頼内容及び部位（より具体的に）	
希 望 検 査 日	第一希望 令和 年 月 日 () 第二希望 令和 年 月 日 ()
画像データ提供方法	<input type="checkbox"/> CD-R ・ <input type="checkbox"/> フィルム
<p>※希望検査日時をご希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。</p> <p><主治医の先生へのお願い></p> <p>※MRI 検査の場合は、別途「MRI 問診票」をご確認いただき、MRI 対応可能かの安全確認をお済ませの上でご予約をお願いします。</p> <p>また、患者様に「MRI 問診票」及び「MRI 注意事項」をお渡しいただき、「MRI 問診票」は必ず記入の上検査当日に持参いただくようお願いいたします。</p>	

紹 介 元 医 療 機 関			
名 称		所 在 地	〒
診 療 科		電 話 番 号	
医 師 名		F A X 番 号	

備 考	
-----	--

患 者 状 況	京丹後市立久美浜病院	電 話 番 号	0772-82-4090
<input type="checkbox"/> 外来待機中 <input type="checkbox"/> 帰宅 <input type="checkbox"/> 入院中	地域医療連携室	F A X 番 号	0772-82-1681
		受 付 時 間	平日 8:30~16:00

※予約の確認が取れ次第「予約票」をお送りいたしますので、患者様にお渡しをお願いします。