**【　C T・M R I　検　査　予　約　用　】**

紹介患者事前受付ＦＡＸ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 | | (　　　　　　　　　　) | | | 性別 | 男・女 | | | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和 | |
| 氏　 名 | |  | | | 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（**〇**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 | | | | **□**　CD-R　・　**□**　フィルム | | | | | | | |
| **※希望検査日時は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。**  **＜主治医の先生へのお願い＞**  **※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。**  **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伝え願います。** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 紹介元医療機関 | | | | | | | | | | | |
| 名　称 | | |  | | | | | 所在地 | | 〒 | |
| 診療科 | | |  | | | | | 電話番号 | |  | |
| 医師名 | | |  | | | | | ＦＡＸ番号 | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 備　　 　考 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 患者状況 | | | | | | | 京丹後市立久美浜病院  地域医療連携室 | | | | 電話番号 0772-82-4090  ＦＡＸ番号 0772-82-1681  受付時間 平日8:30~16:00 |
| **□** 外来待機中　**□** 帰宅　**□** 入院中 | | | | | | |

**※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。**