**【　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 0772-82-4090ＦＡＸ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。**