

# 大田市立病院 画像検査予約申込書(FAX)

令和 年 月 日

大田市立病院予約担当者 行

(ご希望の検査と撮影方法に○をしてください)

撮影種類 : CT撮影 MRI撮影  
一般撮影 核医学  
撮影方法 : 単純 ・ 造影

医療機関名: \_\_\_\_\_

医師名: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_

(撮影部位をご記入下さい)

(医師 詳細コメント)

①希望日は特になし \_\_\_\_\_

②第1希望日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 曜日 \_\_\_\_\_

③第2希望日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 曜日 \_\_\_\_\_

④ご希望の日に添えない場合がございます。  
ご都合の悪い日がありましたらご記入下さい。

患者様基本情報  
フリガナ

T・S 年 月 日生まれ  
H・R ( 歳)

患者様氏名 \_\_\_\_\_ 様(男・女)

住 所 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

## 保険情報

被保険者証	
保険者番号	
記号・番号	
有効期限	
被保険者氏名	
被保険者との続柄	本人 ・ 家族

## 公費負担医療者受給者表

負担者番号	
受給者番号	

## 後期高齢者医療被保険者証

保険者番号	
被保険者番号	

診療区分 一般疾病 業務上 通勤途中 交通事故

事前にカルテの準備を行いますので、上記の保険情報を記載していただくか  
保険情報の記載されたカルテ表紙のFAXをお願いいたします。

FAX予約受付時間 平日:午前9:00~午後5:00

FAX番号 0854-84-7827

お問い合わせ 0854-82-2180

FAXによる申し込みを受けてから概ね30分以内を目安として当院から予約票をFAXさせていただきます。

## 内容をご確認下さい。

(午後5時以降のお申し込み分は、翌日以降の平日にご連絡させていただきます。)

(画像検査予約申込書はコピーしてご使用下さい)

※病院使用欄

医事 \_\_\_\_\_

画像診断 \_\_\_\_\_