

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: _____

(撮影部位及び詳細コメント)

※心臓冠動脈CT検査の場合は次の項目から該当する項目に○を付けてください。
ア 諸種の原因による冠動脈の異常
イ 急性冠症候群
ウ 狭心症
エ 狭心症で冠動脈疾患リスク因子有
オ その他冠動脈CT撮影が必要

①希望日は特になし _____

④ご希望の日に添えない場合がございます。

②第1希望日 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____

ご都合の悪い日がありましたらご記入下さい。

③第2希望日 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____

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 _____