

放射線科用

患者紹介申込書

独立行政法人国立病院機構
 広島西医療センター
 地域医療連携担当者 行
 FAX 0827-57-7701
 TEL 0827-57-7183 (内線 2140)

紹介医療機関
 住所
 名称
 医師氏名
 TEL
 FAX

先生

※希望日

① 年 月 日 (曜日)

② 年 月 日 (曜日)

③ いつでもよい

宮坂 健司 先生

※ 造影の場合、診療情報提供書にクリアチニン値も記載いただきますようお願いいたします。

フリガナ		旧姓	男 ・ 女	生 年 月 日		
患者氏名				大・昭・平・令 年 月 日生		
現住所	〒			電話番号	— —	
連絡先	〒			電話番号	— —	
当院受診歴	有 ・ 無			開放病床希望	有 ・ 無	
撮影種類	CT ・ MRI ・ RI ・ PET/CT			妊娠の有無	有 ・ 無	
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> その他 ()					
体内金属の有無	無 ・ 有 ()					
アレルギー	無 ・ 有 ()					
傷病名 症状						

保険情報 主保険

公費

保険者番号										負担者番号										
記号・番号							枝番			受給番号										
区分										資格取得	年 月 日									
被保険者名										有効期限	年 月 日									
資格取得	年 月 日									負担者番号										
有効期限	年 月 日									受給番号										
										資格取得	年 月 日									
										有効期限	年 月 日									

ご記入いただいた個人情報は医療の提供のために用います
 ☆本紙とともに診療情報提供書を一緒にFAXをお願い致します。
 その場合は、上記「傷病名・症状」は記載不要です。