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

※希望日

①　　年　　月　　日（　曜日）

②　　年　　月　　日（　曜日）

③　いつでもよい

＿＿＿＿＿＿＿＿先生

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

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	□頭部　□頸椎　□胸椎　□腰椎　□頚部　□胸部 □腹部　□骨盤　□四肢　□その他（　　）				
体内金属の有無	無　・　有　（　　）⇒有の場合ＭＲＩ検査可能か確認済であれば☑入れてください				□
アレルギー	無　・　有　（　　）				
傷病名 症状					

☆診療準備のため、お手数ですが診療情報提供書を一緒にＦＡＸ願います。

保険情報

主保険

保険者番号									
記号・番号				枝番					
区　分	本人　・　家族								
被保険者名									
資格取得	年　月　日								
有効期限	年　月　日								

公 費

負担者番号								
受給番号								
資格取得	年　月　日							
有効期限	年　月　日							
負担者番号								
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