

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

フリガナ		旧姓		生 年 月 日
患者氏名			男・女	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			

検査種類	CT ・ MRI ⇒ ①以降を全て記入してください			
	RI ・ PET/CT ⇒ ④以降を全て記入してください			
① 造影の希望 (CTとMRIのみ)	無 ・ 有 【eGFR値又はクレアチン値： 検査日： (3か月以内有効)】		※造影を希望される場合は、診療情報提供書および上段にeGFR値又はクレアチン値を記載してください。	
② 撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 ()			
③ 体内金属	無 ・ 有 () ⇒ 「有」でMRIの場合：MRI可能な材質が確認済であれば☑を入れてください			<input type="checkbox"/>
④ アレルギー	無 ・ 有 ()			
⑤ 妊娠	無 ・ 有 ⇒ 「有」の場合、内容によっては検査をお受けできません。			
備考				

☆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

公費

保険者番号						負担者番号					
記号・番号				枝番		受給番号					
区 分	本人 ・ 家族					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					
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						資格取得	年	月	日		
						有効期限	年	月	日		

